This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII

EX LIBRIS

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII

EX LIBRIS

# ANNALES

DE

# GYNÉCOLOGIE

---

TOME XXIX

## CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les Annales de Gynécologie paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

| | | |
|---|---|---|
| Pour Paris..... | 18 | francs. |
| Pour les départements..... | 20 | — |
| Pour l'Europe..... | 22 | — |
| Pour les États-Unis d'Amérique..... | 23 | — |
| Pour les autres parties du monde... | 25 | — |

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Leblond, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr Pinard, 11, rue Roquépine, pour la partie obstétricale ; ou à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

# ANNALES

DE

# GYNÉCOLOGIE

## ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

**PAJOT ET TILLAUX**

Rédacteurs en chef

**A. PINARD ET A. LEBLOND**

**TOME XXIX**

*Contenant des travaux de MM.*

BLANC (E.), CORDES, DUMAS (L.), HERRGOTT, KASCHKAROFF, PAJOT, PERREYMOND, PINARD, POZZI, ROULLAND, SEGOND, SMESTER, TERRILLON, TILLAUX, TRÉLAT, TURGARD, VARNIER.

**1888**

**(1er SEMESTRE)**

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1888

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## LES CHAMBERLEN, JEAN PALFYN
## LE FORCEPS

Par le Dr Mergott, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy.

L'invention du forceps a été pendant de longues années entourée de ténèbres si épaisses, que l'on ne pouvait hasarder à cet égard que de timides suppositions. La famille Chamberlen, à laquelle appartient sans contestation le mérite de l'invention de cet instrument, a été, malgré la notoriété éclatante de quelques-uns de ses membres, tellement obscurcie par des confusions de personnes, que, pendant longtemps, on n'a pu voir clair dans cette nombreuse famille, ni en dresser l'arbre généalogique. D'autre part, le véritable instrument dont la famille avait gardé le secret, n'ayant pas été connu, on a pu supposer que celui qui le premier avait fait connaître les *mains de fer*, avait eu quelque connaissance de l'instrument anglais.

Une première lueur a jailli de la trouvaille faite dans la demeure patrimoniale des Chamberlen et de la description que Rigby avait publiée en 1833 dans un journal anglais, que Siebold a publiée dans son journal en 1834 (T. XIII,



24802

p. 540), et dont nous avons donné la traduction française en 1876 (Arch. de tocol., III, 1876, p. 715).

En jetant les yeux sur cet arsenal, on n'y trouve rien à quoi pourraient ressembler les mains de fer de Jean Palfyn, présentées à l'Académie des sciences en 1718, et publiées vers 1723.

Il y a longtemps que nous pensons que pour construire ses deux mains de fer Jean Palfyn n'avait pu avoir été guidé par d'indiscrètes révélations venant de l'Angleterre ou de la Hollande, mais éclairé par la vue du crochet mousse qu'on trouve dans l'arsenal de *Guillemeau* (Heureux accouchement, liv. I, ch. 16, p. 109), surtout l'édit. in-8° où les gravures sont en taille-douce et mieux faites que dans l'édit. des œuvres complètes de *Mauriceau* (liv. II, ch. 32, p. 364 (c.), (éd. 1712) et de *Dionis*. Tr. gén. des Acc., 1718, p. 306. B. Palfyn n'avait qu'à faire un crochet symétrique à celui qui existait et les deux mains étaient trouvées. En jetant les yeux sur la première figure de la première planche du livre de *Mulder*, sur les fig. 4, 5 et 6, de la pl. XIII de l'Armamentarium Lucinæ novum de *Kilian*, il n'échappera à personne que cette filiation est la plus probable.

Tout autres sont les instruments des Chamberlen, qui sont de véritables forceps obstétricaux fenêtrés, dont l'un accuse déjà un léger indice de courbure pelvienne qui le rendrait très utilisable encore aujourd'hui.

Si donc la nature de l'instrument est bien connue depuis 1818, la personnalité des inventeurs restait enveloppée d'épaisses ténèbres. Il n'a pas fallu moins de dix années de recherches patientes et laborieuses dans la poussière des archives et des bibliothèques pour mettre au jour les documents authentiques qui se rapportent à l'origine de la famille, aux divers membres qui en ont fait partie, et établir leur filiation par la confection d'un arbre généalogique, pour permettre de mettre chacun à sa place et rechercher ceux ou celui dont le nom doit rester attaché à une des

inventions les plus heureuses pour l'humanité et qui a été tenue secrète par des sentiments qu'on ne saurait trop blâmer.

Le Dr J. A. Aveling a consacré dix années à ces recherches, qu'il a consignées dans un beau volume in-8°, orné de portraits et de planches, qui a été publié à Londres en 1882.

Au bas du titre de l'ouvrage on lit en petits caractères ces mots : « *Hæc sunt otia nostra.* » La médecine sera toujours reconnaissante au Dr Aveling d'avoir utilisé au profit de l'art les loisirs de sa pratique et ne saurait trop le féliciter de la manière dont il a accompli la tache difficile qu'il s'était imposé.

Le Dr Budin a publié en 1885 dans le Bulletin de thérapeutique, T. CIX, p. 356, puis reproduit dans son livre : « Obstétrique et gynécologie », Paris, 1886 in-8°, p. 659, un extrait de ce livre qui a appelé sur lui l'attention du public français et aussi, il faut le dire, le désir de le connaître plus complètement. Cette analyse se termine par ces mots, que nous transcrivons : « *Pierre Chamberlen* l'aîné, Levret et Tarnier marquent trois époques dans l'histoire « du forceps ; on voit quelle part la France peut réclamer « dans l'invention et le perfectionnement de ce précieux ins- « trument ».

Le Dr M. Saenger Prevatdocent, à Leipzig, a publié du livre d'Aveling un résumé si substantiel et si bien écrit, que nous n'avons pas hésité un instant à le traduire en français pour le plus grand profit de nos compatriotes. L'éditeur de ce journal a obtenu de l'auteur la facilité de reproduire les principales figures qui illustrent le texte, ce dont il convient de le remercier bien cordialement, ainsi que l'auteur.

Ainsi, tout est clair maintenant sur l'origine de ce précieux instrument, sur la famille dans laquelle il a été inventé, qui malheureusement pour l'humanité et aussi pour sa propre gloire, l'a tenu caché trop longtemps.

L'obstétricie allemande, qui a l'habitude de prêter à la littérature étrangère une sérieuse attention, a laissé passer sous silence (1) un ouvrage qui mérite de fixer l'attention de tous les médecins que l'histoire intéresse encore, par l'importance des documents qu'il renferme et qui méritent d'être connus partout; cet ouvrage est le livre de l'accoucheur renommé de Londres J. H. Aveling (2) sur les *Chamberlen* et l'*origine du forceps*. Ce travail qui est le fruit de dix années de recherches dans les archives, a conduit l'auteur à établir que tout ce qui a été dit jusqu'ici sur les Chamberlen est inexact, en tant qu'aucun des membres de cette famille auxquels on avait successivement attribué l'invention du forceps ne peut directement prétendre à cet honneur. Aveling a, pour la première fois, étudié la vie des membres de la famille Chamberlen, en puisant ses documents aux sources authentiques, et il a été mis en état de rectifier, d'éclairer et de compléter ce qu'on savait sur eux.

Ni dans le livre de Spiegelberg, 2e édit. (3), ni dans la 9e édit. de celui de Schröder, ni dans celui de Zweifel qui vient de paraître, il n'est question des recherches d'Aveling, certainement par la raison qu'elles n'avaient pas été connues. C'est par ce motif que j'ai cru qu'il était utile de faire connaître aux lecteurs allemands, par une esquisse condensée, le livre d'Aveling, qui est très intéressant pour la médecine, et surtout pour ceux qui cultivent l'histoire de l'art. Je dois dire expressément que je ne donne pas la traduction de ce livre.

---

(1) The Chamberlens and the Midwifery Forceps. Memorials of the family and Essay on the invention of the Instrument. Lond. 1882. Churchill.

(2) Le professeur Ludw. Kleinwächter, par lettre en date du 12 sept. 1887, insérée à la fin de la 2e liv. du T. XXXI, p. 326, des Archiv. f. gynäk. dit que la littérature allemande ne mérite pas le reproche d'avoir passé sous silence l'important travail d'Aveling, puisqu'il a été mentionné par lui en 1884 dans le Biographischer Lexicon T. I, p. 694, et dans Deutsches Archiv. f. die Gesch. der Medizin.

(3) Cela se comprend, elle est de 1880, et même la 3e, *posth.* soignée par Wiener est de 1882. N. du trad.

Celui qui voudra bien comparer cette esquisse à l'original, reconnaîtra que je me suis efforcé de réunir en un récit serré et lié ce qui par Aveling est exposé sous la forme d'une chronique entrecoupée de dates; mon but a été d'obtenir plus de clarté et une narration plus vivante, en un mot, j'ai cherché à raconter des faits plutôt qu'à inscrire des dates; ce n'est qu'à la fin du livre, où l'auteur prend les allures d'un véritable historien, que je me suis efforcé de le rendre avec exactitude.

Je donne ci-dessous un extrait de l'arbre généalogique des Chamberlen anglais, en laissant de côté les branches de la famille qui au point de vue historique ne présentent pas d'intérêt.

WILLIAM CHAMBERLEN

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PIERRE aîné (I) | PIERRE CADET (II) | | | 2 fils, 1 fille. | |
| 1 fille qui épouse M. CARGILL | PIERRE FILS (III) « Dr PETER » | | | 4 fils, 3 filles. » » | |
| HUGH (I) | PAUL » | JOHN » | 5 fils, 1 fille. 3 » 3 » | | PIERRE 2e maison. |
| HUGH (II) 3 filles. | | | » | | |

Avec *Hugh* (II) qui eut trois filles s'est éteinte la branche mâle des Chamberlen. En jetant un coup d'œil sur l'arbre généalogique, on voit que deux des fils de William Chamberlen ont le prénom de Pierre, et que le fils de Pierre cadet s'appelle également Pierre, circonstance qui a rendu très difficiles les recherches dans le domaine de leur activité. Pierre (III) et Hugh ont aussi donné à un de leurs fils le prénom de Pierre, qui ne donne heureusement lieu à aucune recherche. Quant à l'orthographe du nom de famille, nous constatons que William Chamberlen se fait inscrire comme « *Chamberlein* » sur le registre de l'église française de Southampton; dans des actes postérieurs on trouve plus souvent écrit. « *Chambellan* » (voyez plus bas). Ses deux fils ont écrit : « *Cham-*

*berlan* ». Pierre (III) écrivit plus tard « *Chamberlen* », donnant à ce nom une forme anglaise qui fut conservée invariable par les générations suivantes. *William Chambellan* a vécu à Paris du temps de la guerre contre les Huguenots, il y exerçait probablement la médecine. Comme un grand nombre de protestants, il émigra ; il se rendit en Angleterre avec sa femme *Geneviève Vignon*, et il se fixa à Southampton. Cela se passait en 1569, où les insuccès de Condé et de Coligny avaient aggravé la persécution des Huguenots. Si W. Chambellan était resté à Paris, il aurait peut-être été tué lors du massacre de la St-Barthélemy (14 août 1572).

Se conformant à l'usage des fugitifs, il se présenta dès son arrivée à la sainte Table, ce qui exigeait qu'il fût inscrit dans le registre de l'église suivant les coutumes d'alors ; c'est là où nous trouvons la première indication de son nom ; dans le registre où on lit : « Ensuyt les noms de ceux qui ont fait profession de leur foy et admis à la cêne. Chamberlein William reçu à la cêne, 3 jouillet 1569 ». Bien que nous ne possédions aucune preuve directe, nous pouvons dire qu'il est très vraisemblable que William Chambellan a pratiqué la médecine ; voici les quatre motifs sur lesquels se base cette présomption : à cette époque il n'était pas permis aux médecins protestants d'exercer leur art, puisqu'ils n'avertissaient pas les malades catholiques du moment où ils devaient recevoir les sacrements ; en second lieu, les réfugiés à Southampton appartenant à l'église francaise, il y avait un très grand nombre de médecins. Troisièmement, deux de ses fils sont devenus médecins ; enfin le Dr Pierre Chamberlen (III) se vantait d'appartenir à une famille d'Asclépiades, familiarisés avec la médecine « depuis le berceau ».

Une tradition paraît s'être conservée dans la famille, au moins jusqu'au Dr Pierre Chamberlen (le petit-fils de William Chambellan), qu'elle appartenait à la noblesse de Normandie, qu'elle était originaire de Tankerville (aujourd'hui Tancarville). Dans ses écrits, le Dr Pierre Chamberlin décline l'honneur de cette descendance, puisqu'il lui importait de se dire

né à Londres et d'y jouir des droits de bourgeoisie ; toutefois, comme ses ancêtres et ses descendants, il faisait usage d'un blason qui doit être celui de la famille de Normandie : sur fond de gueules écu d'argent, entouré d'une couronne de 8 rosettes d'or, au-dessus une fasce surmontant trois charps dressés.

*Pierre Chamberlen* l'aîné, le fils aîné de William Chamberlen, est né encore à Paris en 1560 ; entre 1588 et 1589 il quitta Southampton pour se rendre à Londres pour y pratiquer la chirurgie et les accouchements. On trouve son nom mentionné pour la première fois en 1598 dans les annales du « Barber Surgeons company » comme membre de cette corporation.

Plusieurs conflits avec le « Royal colleg of Physicians » pour avoir outrepassé ses droits (les médecins pouvaient pratiquer la chirurgie, mais les chirurgiens ne pouvaient traiter des maladies internes), ont eu pour effet de le conduire en prison. Grâce à l'intervention de la reine Anna (épouse de Jacques I^er^) et à celle de l'archevêque de Canterbury, il fut remis en liberté. Pierre Chamberlen avait accouché la reine plusieurs fois ; outre ses honoraires (40 £) il avait reçu une bague avec diamants, dont il fait mention dans son testament qui existe encore. Il mourut veuf en 1631 ; il avait vécu en Angletrere pendant 61 ans. Il a joui d'une grande considération, ce qui est prouvé par la charge de Chirurgien des Indes orientales et la grande fortune qu'il a laissée.

*Pierre Chamberlen le cadet* (II), le frère du précédent, est né à Southampton le 18 février 1572. Il vint à Londres avec son frère, fut reçu membre de la « Barber Surgeons company » et arriva à la dignité de « Master » pour laquelle il était nécessaire qu'il fût constaté qu'il était né en Angleterre. Il a aussi toujours été en conflit avec les médecins. Dans les annales de la chirurgie on mentionne particulièrement qu'il s'occupait beaucoup d'accouchements. Grâce à son intervention et à celle de son frère, les sages-femmes de Londres

obtinrent du gouvernement et des médecins l'autorisation de former une corporation. Une commission instituée par le collège des médecins pour juger un litige, mit en cause Pierre le cadet, suivant le procès-verbal qui existe encore et le passage suivant qui est fort remarquable : « A Pierre le cadet qui n'a pas rougi de s'intéresser à ces femmes, on demanda s'il n'accordait pas qu'un membre du collège des médecins ne jugerait pas mieux et plus exactement un cas d'accouchement difficile que tel ou tel chirurgien accoucheur, bien que lui et son frère prétendissent qu'eux seuls et personne d'autre fussent particulièrement habiles dans ces choses ».

Ici se trouve la première révélation au public de l'existence d'un secret de famille des Chamberlen. Que peut bien avoir pensé Pierre Chamberlen le cadet dans son for intérieur, quand on lui adressa cette question ironique ? Pourquoi ne montra-t-il pas aux médecins « that he and his brother, and none others excelled in these subjects ? »

Au reste les sages-femmes furent déboutées de leur demande peut-être bien à cause de l'intérêt que les Chamberlen y avaient pris.

En 1620 Pierre Chamberlen cadet est mentionné pour la dernière fois dans les annales de la corporation, et encore pour avoir outrepassé sa compétence. Il mourut à l'âge de 54 ans en 1626, ainsi plusieurs années avant son frère.

*Dr Pierre Chamberlen* (III), fils de Pierre Chamberlen cadet (II), est né le 8 mai 1601 (voyez son portrait). Son acte de baptême est encore rédigé en langue française. Ce qui avait été impossible au père et à l'oncle, le fils et le neveu allaient pouvoir l'obtenir : la position de *médecin* et le titre de *Docteur*. En 1615 nous trouvons le jeune Pierre Chamberlen à Cambridge, plus tard à Heidelberg et à Padoue, c'est là qu'il fut reçu docteur. Il demeura ensuite encore à Oxford et à Cambridge pour poursuivre ses études. En 1626 il fut admis comme membre du college of Physicians ; puis deux ans après il s'éleva au rang de Fellow. Pendant une longue série d'années il se livra à la pratique, ce qui le mit en rap-

port avec la cour, par laquelle sa renommée pénétra jusqu'en Russie. Le czar (Michel Feodorowitsch Romanow) adressa une lettre autographe à Charles Ier pour le prier de permettre au Dr Chamberlen de se rendre à Moscou pour y occuper le poste de médecin privé de S. M. Le Dr Chamberlen n'accepta point cette offre et c'est Elmston, un russe formé en Angleterre (un suédois de la Fionie), qui s'y rendit à sa place.

L'affaire des droits de corporation à accorder aux sages-femmes suscitée par son père et son oncle dans un intérêt

tout personnel fut reprise par le Dr Pierre ; ses prétentions présomptueusement égoïstes, qui n'allaient à rien moins qu'à être seul chargé de l'enseignement et de l'examen des sages-femmes, et de leur délivrer les diplômes, lui attirèrent beaucoup d'ennemis. Les sages-femmes adressèrent au « college of Physicians » une pétition très violente contre le Dr Pierre. Elle fut lue en sa présence le 18 juin 1634, avec une autre que le collège lui-même, jugeant sa conduite de la manière

la plus sévère, adressait à l'évêque de Londres, qui avait sous sa juridiction les hommes et les femmes qui pratiquaient les accouchements. Les sages-femmes aussi bien que les membres du collège, les collègues mêmes du Dr Peter, se défendirent contre la monopolisation projetée de la pratique des accouchements. Dans l'instruction des sages-femmes, disaient-ils, le Dr Pierre ne devait pas avoir plus de droits que les autres membres du collège. La délibération disait :

« Bien même qu'il fasse usage d'instruments de fer dans ses accouchements, d'autres le faisaient aussi, et on ne peut y trouver un motif pour ne pas repousser sa prétendue supériorité. Au reste, il avait refusé de donner ses soins à de pauvres femmes en travail, et n'avait consenti à assister des femmes riches qu'après avoir reçu le montant de ses prétentions, etc. ». Le 22 octobre 1634 les deux parties comparurent au palais archiépiscopal de Lambeth. Le droit réclamé par le Dr Pierre Chamberlen lui fut refusé, on lui fit une admonestation sévère d'avoir à donner ses soins aux pauvres ainsi qu'aux riches avec désintéressement, sous la menace d'une forte punition en cas de récidive.

Comme le Dr Pierre Chamberlen nous paraît pitoyable dans cette circonstance ! Il laisse tomber sur lui les reproches des sages-femmes et de ses collègues ; il s'humilie devant l'autorité ecclésiastique, mais son profitable secret, il le garde !

Ce n'est qu'après treize années qu'il publie sa justification contre ses contradicteurs et ses ennemies ; elle porte le titre étrange (1) : « Une voix dans Rhama, ou : le cri de femmes et d'enfants dans l'écho de la compassion, par Pierre Chamberlen, etc. ». Tandis qu'il rend ses ennemis responsable du sang des femmes et des enfants « versé par l'ignorance et l'erreur, en dehors du contrôle du juge qui décide de la vie et de la mort des femmes », il cherche à se laver de tous les reproches

(1) A voice in Rhama, or the crie of Women and Childeren, echoed for in the compassions of Peter Chamberlen, Doctour in Physick, Fellow in the College of London and on of his Majesties Physicians Extraordinary.

articulés contre lui, surtout de celui de la cupidité et à présenter ses actes comme inspirés par les motifs les plus nobles. Il expose sa généalogie, met particulièrement en relief son origine anglaise (voy. plus haut), expose ses études médicales et les services rendus comme accoucheur. Il dit que ses efforts n'ont eu pour but qu'un enseignement meilleur des sages-femmes, et une surveillance de celles-ci qui n'ont été entravés que par ses ennemis. C'est par ces motifs qu'il désire que le cri des femmes et des enfants maltraités ait assez de retentissement pour qu'il se trouve enfin un Samaritain qui en prenne pitié » (contre les sages-femmes).

Il est certain que le motif qui avait inspiré ces efforts était excellent et juste, alors comme plus tard; mais sa persistance à tenir caché aux contemporains ce secret de famille, son égoïsme et sa fatuité ne permettaient pas à Pierre Chamberlen de se poser comme le défenseur des femmes et des enfants martyrisés, car leur cri devait aussi avoir retenti à ses oreilles.

Cet homme a osé encore s'écrier : « Je ne suis pas un pharisien, je puis justifier mes actes devant Dieu et devant les hommes, je ne suis pas coupable, ma conscience ne me reproche pas d'avoir sacrifié au Dieu de l'avarice ». Après une pareille déclaration il ne faut pas s'étonner de l'entendre dire en terminant : « Que Dieu dans sa toute-puissance et sa miséricorde bénisse cet écrit pour sa gloire. Amen ».

Il ressort d'un écrit anonyme qui a paru en 1650 sous le titre de « Réponse aux écrits scandaleux et mensongers du Dr Pierre Chamberlen », que les contemporains le regardaient comme un charlatan.

Dans la suite, le Dr Pierre Chamberlen se manifeste comme un esprit inquiet, chez qui l'on constate un singulier mélange de propositions sensées et étranges, dans lesquelles on trouve des idées générales surprenantes, devançant de beaucoup le temps; une production infatigable de projets, dans des choses complètement étrangères à son état.

Il s'occupait souvent de choses d'intérêt général, d'éta-

blissements de bains publics. L'autorité supérieure lui accorda à ce sujet, en 1649, une licence d'une durée de 14 années. L'autorité locale la confirma, déterminée par des motifs d'hygiène exposés par le Dr Pierre Chamberlen avec beaucoup de science. Le college of Physicians consulté par le Comité d'exécution du projet fit des objections futiles où il n'était question que des effets nuisibles des bains et de leurs abus, en un mot une critique mesquine du projet, qui donna lieu à une réplique longue et savante du Dr Pierre Chamberlen. Cette défense peut être considérée comme une des dissertations les plus originales de la littérature balnéologique.

L'opposition persistante des médecins à ce projet fut le motif de l'absence du Dr Pierre à leurs réunions. Il ne répondit plus aux invitations qui lui furent adressées, ne prit plus aucune part aux réunions. Cette abstention motiva sa radiation du registre; elle fut prononcée le 23 novembre 1649.

Il en eut peu de souci. Il était occupé alors de la publication d'un écrit rempli de pensées élevées, qui avait pour titre : « Le Procureur du pauvre ou le Samaritain de l'Angleterre ». Il le fut, en effet, il ne promettait rien moins « que la réconciliation de tous les partis, la satisfaction de tous les besoins des pauvres et des soldats, l'obtention pour ceux-ci du paiement de l'arriéré de leurs soldes, le paiement de toutes les dettes publiques, celles des précédents rois, reines et princes, etc. » Nous apprenons à connaître le Dr Pierre comme un utopiste communiste rêvant l'amélioration de la terre, dont l'esprit fantaisiste n'est pas inférieur à celui de *Thomas Morus*. Ici, comme dans tous les autres écrits, on trouve un certain fond de religiosité; aussi ne termine-t-il jamais sans avoir pris Dieu à témoin de la pureté de ses intentions. On voit qu'au point de vue psychologique il était entré dans une période de fantaisie religieuse qui se manifesta dans de nombreux écrits et polémiques avec le public, les juifs, et des ecclésiastiques, qui

tournaient essentiellement autour de l'essence et l'effet du baptême, et qui parfois dénotaient une véritable aberration religieuse. Nous le voyons mêler la religion avec la politique dans un écrit adressé au parlement en 1659, dans lequel il veut prouver au pouvoir législatif dans 78 propositions « que les lois de l'humanité sont à mettre en meilleure harmonie avec celles de Dieu ».

En attendant, il n'oubliait pas ses intérêts personnels. Lorsque Charles II l'eût nommé son médecin personnel sans publier un décret de nomination, il adressa directement au roi une demande (fév. 1661) pour faire constater officiellement cette nomination, et lui présenta le titre de nomination tout achevé, auquel le monarque n'avait plus qu'à ajouter sa signature (1).

En dehors d'un certificat médical délivré à un colonel prisonnier le 28 mars 1662, et une brochure de polémique religieuse qui parut en 1662, il ne parut plus rien de lui jusqu'à son voyage en Hollande en 1666. De là, il écrivit à son fils pour le charger de lui obtenir un brevet en Angleterre pour une nouvelle invention : « la propulsion des navires et des voitures, moyennant le vent et surtout contre le vent ». Comme on le refusa à son fils, il revint lui-même en Angleterre et finit par obtenir du parlement la licence de construire les appareils de ce mode de locomotion, afin qu'il pût réaliser son projet, et la licence lui fut accordée pour une durée de 14 années. Mais comme le public ne l'appuyait pas, il abandonna lui-même cette idée, qui peut se ranger à côté de la recherche du mouvement perpétuel, pour diriger ses recherches vers un autre côté, vers le problème d'un mode d'écriture conforme à la lecture de la langue anglaise, pour lequel il obtint du roi et du parlement un brevet de 14 années, comme c'était l'usage.

---

(1) Voici le texte : « Doctor Peter Chamberlen, Physitian to our Royall Father and Molher, Ordinarily Attending our Happy Births, and (therefore) one of our First servant and Physician in Ordinary.

Il n'est pas étonnant que la vie excentrique et les écrits fantaisistes du Dr Pierre Chamberlen aient excité tant d'attaques haineuses et sarcastiques, comme s'il avait été privé de raison, ruiné, ou comme s'il avait été juif, etc., attaques auxquelles il répondait toujours avec une sensibilité exaltée, d'une manière toute particulière qui lui était propre. Les titres des réponses opposées à ces trois accusations furent imprimés par lui en lettres lapidaires (lapidarbuchstaben) elles ont pour titres : « Justification d'un homme raisonnable », « Non inventus ou la brebis égarée et retrouvée, Les fils de l'Orient ». Le bruit qu'il était juif peut bien provenir de ce qu'il disputait souvent avec eux, et qu'il fêtait leur sabbat.

Le dernier projet du Dr Pierre Chamberlen, le moins réalisable de tous, était de nature religieuse et réformatrice ; « La réconciliation de toutes les églises », ses espérances et ses plans se trouvent exprimés dans une série de lettres adressées aux archevêques *Scheldon* et *Sancroft*.

Le Dr Pierre Chamberlen mourut le 22 décembre 1663, à l'âge de 82 ans, à Woodham Mortimer Hall, non loin de Maldon en Essex. C'est là qu'il fut enterré. Son monument funéraire subsiste encore dans un état de fort délabrement.

Ce Woodham Mortimer Hall, qu'il avait acheté d'un sir Cranmer *Harris*, et qui resta dans la famille Chamberlen jusqu'en 1715, est cette propriété dans laquelle furent trouvés par hasard les intruments d'accouchement en 1813.

Dans l'épitaphe composée par lui-même il vante sa nombreuse postérité, sa situation de médecin particulier de trois rois et reines d'Angleterre, ses voyages à travers la plupart des pays de l'Europe, dont il dit avoir parlé les langues.

Il cite l'année 1648 comme celle de son baptême, d'où il faut conclure qu'il fut anabaptiste ; il n'oublie pas de dire que depuis 32 ans il a sanctifié le 7e jour, c'est-à-dire le sabbat. Cette auto-épitaphe se termine par une longue pièce de vers dont les deux premiers sont :

« To tell his learning and his life to men
« Enough is said, by Here lyes Chamberlen. »

Quelle valeur n'auraient pas ces fières paroles, si le Dr P. Chamberlen avait dévoilé au monde *le forceps* qui valait beaucoup mieux que tous ses projets.

Mais il doit subir ce mot caractéristique et mordant composé par un contemporain qui n'appartenait pas au corps médical :

L'homme sage-femme et illustre fantaisiste.
« The man midwife and os notarious Phanatic. »

*Hugh (Hugo) Chamberlen I l'aîné*, depuis le plus connu des Chamberlen, celui qui a fait le plus parler de lui, mais dont Aveling a encore enrichi la biographie de traits intéressants. Il est vraisemblable qu'il est le fils aîné du Dr Pierre Chamberlen et qu'il est né à Londres en 1630. Où et comment se fit son éducation, où fut-il reçu docteur ? C'est ce que nous n'avons pas pu savoir. On n'a que peu de renseignements sur lui jusqu'à l'époque de son voyage à Paris (1670) ; la première mention positive que nous ayons pu découvrir sur lui se trouve dans le journal *(des Oberhausers)* officiel où est indiqué qu'on lui a octroyé la permission de vendre et d'acheter son immeuble. En 1663, il épousa la fille du colonel *John Brett*, il eut de ce mariage trois fils *Hugh* (le jeune), Pierre II (le quatrième) Middleton, et une fille.

La manie de faire des projets qu'il avait héritée de son père, comme nous l'avons vu, se manifesta chez lui pour la première fois par des propositions qu'il fit en public d'affranchir la Cité de la peste (1666). Nous n'apprenons plus rien de lui jusqu'au moment où il se présenta à Paris (1670) comme le héros d'un épisode célèbre que Mauriceau a raconté dans ses « Observations sur la grossesse et l'accouchement » (1) et qui est trop bien connu de tout le monde pour qu'il soit inutile de le reproduire ici. Je n'ai également pas besoin de m'appesantir sur la préface célèbre dont Hugh Chamberlen a fait précéder sa traduction du livre de Mauriceau, où il est

(1) 5e éd. 1712, p. 23.

fait allusion à l'invention du forceps, et qui a donné lieu à d'innombrables commentaires et explications.

La traduction anglaise de Mauriceau faite par Hugh Chamberlen l'aîné a été pendant de longues années l'ouvrage d'obstétricie le plus populaire, et qui a contribué à élever sa considération personnelle. Le Dr Pierre Chamberlen ne fit pas un pas de clerc en priant le roi Charles II de nommer aussi son fils aîné Hugh médecin particulier de S. M. Ce fut au mois d'octobre 1673 qu'il fut revêtu de cette charge devenue héréditaire.

Quelques notices éparses de contemporains font penser que Hugh Chamberlen l'aîné a exercé les fonctions de juge de paix, et s'était mêlé avec ardeur d'affaires politiques. Il appartenait aux wighs. Si la traduction de Mauriceau fut pour lui une cause puissante de succès, il n'en fut pas de même de son livre auquel il donna le titre de « Manuale medicum » ou Petit traité de matière médicale en général et en particulier des vomitifs, de la poudre des Jésuites (P. de quinquina) « par *Hugh Chamberlain* (1), médecin privé de feu S. M. et membre de la Soc. roy. de Londres ». Cet écrit qui est un éloge à faire peur de la medicina crudelis, surtout de l'emploi du vomissement, qui est comparé à l'acte de la parturition, qui évacue du corps (par en haut) tout ce qui est nuisible, avait une allure si provocante contre les médecins de Londres et surtout contre les membres du collège des médecins, que ceux-ci ripostèrent avec énergie. Il fut sommé d'avoir à passer des examens devant le collège pour obtenir la licence de pratiquer la médecine interne. Il ne comparut pas.

Le collège ayant eu connaissance d'un cas de mort survenu dans sa pratique, en prit occasion pour le poursuivre

(1) Il faut remarquer que Hugh Chamberlen l'aîné n'écrivit pas ici son nom de la manière habituelle, qu'il ne prit pas le titre de M. D. (Medicinæ Doctor). Il fut élu membre de la « Royal Society » le 20 novembre 1687. Dans le Journal de la Société il porte une fois le nom de Chamberlain, une fois celui de Chamberlane.

comme responsable. Il avait à une femme enceinte de six mois, probablement atteinte de pneumonie, administré dans l'espace de neuf jours quatre vomitifs, quatre purgatifs, un médicament qui avait eu pour effet de produire des ulcères dans la bouche et de la salivation, et en outre pratiqué trois saignées ; la femme avorta et mourut. Hugh trouva prudent de comparaître devant le collège qui traita l'affaire comme un tribunal ordinaire (comitia censoria) avec appel de témoins; il présenta sa défense écrite qui fut refusée.

Il fut déclaré coupable de « mala praxis » et condamné à une amende de 10 L. st., il fut dispensé d'un emprisonnement à Newgate moyennant une autre amende de 10 L. st. Ce procès ne nuisit point à sa renommée, il continua à jouir des faveurs de la cour; il devait assister la reine, épouse du futur « prétendant » (Jacques Stuart), mais il arriva trop tard, environ une heure après la naissance de l'enfant.

Les nombreux ennemis du roi Jacques II déclarèrent qu'un enfant avait été substitué. Une lettre de Hugh Chamberlen l'aîné, adressée plus tard à la princesse Sophie (Sophie-Dorothée princesse électorale de Hanovre, en ce moment là à La Haye), qui lui avait demandé des renseignements sur les circonstances de l'accouchement de la reine, fut regardée par les historiens comme un témoignage important établissant la régularité de la naissance de Jacques III, et anéantissant les bruits fâcheux qui avaient couru. Jacques II pendant qu'il était en exil à St-Germain y appela Hugh Chamberlen pour assister la reine dans son accouchement (1692), mais celui-ci ne put quitter Londres faute d'un passeport. Une autre dame de la maison royale, la princesse Anna de Danemark, fut accouchée par Hugh, elle mit au monde un enfant mort, et l'accoucheur reçu 100 guinées.

En 1694, Hugh Chamberlen l'aîné publia un long ouvrage de médecine ayant le titre à perte d'haleine suivant : « Quelques questions de médecine pratique, avec observations pour tous sérieusement réfléchies, modestement exposées dans le but de mieux conserver la vie et la santé (qui doit être si

nécessaire et si précieuse à chacun), par H. Chamberlen (1), médecin ordinaire de feu le roi Charles II. Cet écrit n'est qu'une amplification du « Manuale medicum ». Il contient à la fin un projet « de réorganisation de la médecine » qu'il avait fait déjà en 1689, et voulu soumettre au parlement. Cet ouvrage est le dernier inspiré par son zèle et que son activité médicale produisit en public; et il commence après cela une carrière dans le même style que son père.

Depuis longtemps il avait conçu le plan de fonder une banque pour le pays, c'est-à-dire une banque ayant le droit d'émettre du papier garanti par des propriétés foncières, conformément à l'article de la loi qui octroie à chacun la faculté d'émettre autant de papier monnaie que la valeur des propriétés peuvent garantir. Ce papier devait pouvoir être accepté comme moyen de paiement général. Il fit connaître ses idées en 1690 par un écrit qui porte le titre : « Proposition du Dr Hugh Chamberlen qui a pour objet de rendre l'Angleterre riche et heureuse ». Il promettait des montagnes d'or comme son père l'avait fait dans sa brochure « L'avocat du pauvre, ou le samaritain de l'Angleterre ».

Un si brillant projet ne pouvait manquer d'éblouir les masses, et le parlement; les deux chambres y furent favorables et accordèrent en décembre 1693 la concession sollicitée. Dans son histoire d'Angleterre, Macaulay blâme beaucoup le parlement de s'être laissé fasciner par les doctrines de Chamberlen qui sont fausses au point de vue économique.

L'émotion publique causée par l'entreprise de Chamberlen est prouvée par le flot de brochures pour, contre, sérieuses et ironiques qu'elle suscita.

Aveling n'en cite pas moins de 45 qui ont eu pour auteur Hugh Chamberlen lui-même ou son associé Brisco. Dix années de la vie de Hugh Chamberlen furent absorbées par ces entreprises financières, dont il vantait sans cesse les

(1) Ici le nom est écrit comme à l'ordinaire sans le titre M. D. ou F. R. S.

avantages par des écrits et des exposés en public, avec une obstination et un talent dignes d'une meilleure cause.

L'effrondement de cette « banque pendant longtemps estimée » ne pouvait manquer, et Hugh n'en sortit pas les mains nettes.

Sandfort, un chroniqueur contemporain, raconte la chose de la manière suivante : « 1699, mardi, 21 mars, Dr Chamberlen, l'homme sage-femme, l'unique fondateur et directeur de la banque, s'est réfugié en Hollande pour cause de dettes ». Hugh Chamberlen ne revint pas en Angleterre, il peut ne pas s'être réfugié de suite en Hollande suivant la coutume habituelle ; mais il se rendit d'abord en Ecosse pour soumettre au parlement son projet de banque. Une nouvelle preuve de son séjour en Ecosse est un écrit de lui qui y parut en 1702 : « Les grands avantages de la réunion des deux royaumes d'Ecosse et d'Angleterre », dans lequel se révèlent une connaissance étendue des rapports des deux pays, comme un séjour peut seul la donner. Il est bon à remarquer que ce projet qui est le dernier conçu par Chamberlen, est le seul qui ait été réalisé. Hugh Chamberlen l'aîné, a-t-il vu encore cette réunion qui s'est opérée le 12 mai 1707 ? C'est ce qu'on ne sait pas, toutefois Aveling ne craint pas de dire qu'un écrit dans lequel on trouve de si solides qualités et un exposé si net de la question n'a pas été sans avoir eu une influence considérable sur la réalisation de cette réunion.

Nous ne savons pas quand Hugh Chamberlen l'aîné se rendit en Hollande, nous savons seulement qu'il pratiqua pendant quelques années à Amsterdam, où il a fait la connaissance de Roonhuysen. Il est vraisemblable que c'est là qu'il est mort. Aveling exprime l'espoir que les accoucheurs hollandais qui s'intéressent à la chose auront la bonne chance de mettre au jour des documents qui dorment probablement dans la poussière des archives, qui pourront donner quelques renseignements sur la dernière partie de la vie de cet homme remarquable.

Nous pourrions regarder comme cause essentielle de l'émigration de Hugh Chamberlen l'aîné en Hollande, sa faillite après sa banque et l'occasion de son fâcheux trafic avec Roonhuysen ; on ne peut pas dire que ce ne soit pas la nécessité qui l'ait poussé à vendre ce secret qui avait été conservé pendant si longtemps dans sa famille.

Le Dr Paul Chamberlen a été le second fils du Dr Pierre Chamberlen, il est né à Londres le 22 octobre 1635. On ne sait rien de son enfance, on ignore à quelle université il a été reçu docteur.

Il pratiqua à Londres comme « homme sage-femme » et d'après l'indication de son frère il était en possession du

secret de famille. Il se mêla aussi d'affaires financières, comme on le voit par la demande qu'il adressa au gouvernement pour lui procurer des capitaux sans intérêt, augmenter les contributions, etc. Il attendit vainement la décision du parlement; cette sotte demande donne la clef de son caractère, c'était un pur charlatan, attendu qu'il exploitait un collier pour « calmer les douleurs de la dentition des

enfants et celles de l'accouchement chez la femme » ; nous venons de voir dans le « Daily Journal » prôner actuellement encore ce moyen.

Le Dr Paul Chamberlen mourut en 1717.

Le Dr John Chamberlen était le 4e fils du Dr Pierre Chamberlen et en possession du secret de la famille comme ses frères Hugh et Paul; il l'exploita dans sa pratique. Il paraît avoir été docteur en médecine, mais on ne sait à quelle université il a été reçu. On connaît la date de son testament et celle de la confirmation de celui-ci, mais non celle de sa mort.

*Hugh Chamberlen le jeune*, né en 1664, était le fils aîné de Hugh Senior (voy. le portrait ci-joint copié d'après le marbre qui orne son monument funéraire à l'abbaye de Westminster).

De même que *Pierre Chamberlen II* (le cadet) avait fait donner à son fils Pierre une éducation meilleure que celle qu'il avait reçue, de même le fit *Hugh* l'aîné avec son fils *Hugh* le cadet. Il le mit au Trinity College à Cambridge, où il reçut le diplôme de « Magister artium ». Avant cela il avait composé un épithalame latin à l'occasion du mariage de la princesse Anna avec le prince George de Danemark.

Le 30 octobre 1684, *Hugh Chamberlen jun.* se rendit à Leyde et y commença l'étude de la médecine.

Le 8 octobre 1689 il fut reçu docteur à Cambridge et le 2 avril 1694, après avoir satisfait aux épreuves prescrites, il fut reçu membre du college of Physicians de Londres.

Lorsque le collège des médecins se fut mis à la tête d'une entreprise de bienfaisance, dont le but était de procurer à la population pauvre les conseils médicaux gratuits et les médicaments à bas prix, les pharmaciens et quelques membres firent de l'opposition. Nous trouvons *Hugh Chamberlen jun.* parmi les soutiens les plus zélés de l'œuvre philanthropique, et celui qui lui avait donné le plus d'argent.

On peut voir en quelle estime il était auprès de ses con-

frères, par sa nomination à la dignité de Censor du collège le 30 septembre 1707, puis encore en 1719 et en 1721. Des raisons de santé le firent renoncer cette fois à cet honneur.

« *Hugg Chamberlen le jeune* a eu une vie tranquille et exempte d'événements, surtout si on la compare à celles de son père et de son grand-père. Il n'était enthousiaste ni en religion, ni en politique. Il était tory et jacobite ; il ne caressait de projets ni pour son avantage ni pour celui des autres, d'où il résulte qu'il y a peu de documents pour sa biographie. »

Pendant les dix dernières années de sa vie il habitait dans une des rues les plus distinguées de Londres, il était un accoucheur très recherché, et au besoin médecin de la haute société ; il mourut le 17 juin 1728 après avoir été pendant longtemps dans un état maladif.

Le « Country Journal » du 22 juin 1728 annonça sa mort dans les termes suivants : « Le médecin et accoucheur distingué Dr Hugh Chamberlen qui est mort lundi dernier, était petit-fils du célèbre Dr Peter Chamberlen, qui, ainsi que son père et son oncle, avaient été au service des rois Jacques Ier, Charles Ier, Charles II, Jacques II, Guillaume, et des reines leurs épouses, et de la reine Anna, en qualité de médecins privés. Il était le dernier de la famille qui ait pratiqué les accouchements dans le royaume, à l'exception du Dr Walker (1), dans la grande rue de Suffolk, qui (du côté maternel) est aussi un petit-fils du Dr Pierre Chamberlen.

De tous ses parents et amis, personne ne l'avait eu en plus haute estime que le duc et la duchesse de Buckingham. Après la mort du duc il resta l'ami le plus intime de sa veuve, il resta toujours dans son voisinage. La mort le frappa dans le palais de Buckingham où il fut gardé jusqu'à sa sépulture.

(1) D'après le Dr William Douglas, ce Dr Walker serait l'inventeur de la jonction anglaise du forceps, comme on peut le voir par une lettre que celui-ci a adressée à Smellie (a Letter to Smellie, etc., 1748, p. 8) ou on lit : « Le Dr Walker prétend avoir amélioré le forceps de Chamberlen, mais en réalité il l'a altéré en ce qu'il l'a fait « mâle et femelle ».

La duchesse lui fit ériger un magnifique mausolée dans l'abbaye de Westminster qui trompe les visiteurs, en ce qu'ils croient que c'est celui de « l'inventeur du forceps » tandis que c'est celui du dernier des Chamberlen, érigé en son honneur par la famille Buckingham, en témoignage de haute estime et d'attachement profond. L'inscription tumulaire en latin est de l'évêque Atterbury avec lequel Hugh Chamberlen avait été très lié d'amitié.

Avec *Hugh Chamberlen jeune* s'éteint la branche mâle de la famille. Ses trois filles épousèrent des hommes très considérés, et continuèrent dans la ligne féminine la famille pendant quelques générations. De la vie tranquille, noble et sans reproche du dernier des Chamberlen se dégage une pensée de réconciliation qui est certainement un indice de la révélation du secret de la famille, qui coïncide avec les dernières années de la vie de *Hugh Chamberlen le jeune,* bien que des renseignements positifs et directs fassent défaut pour prouver que c'est lui-même qui a soulevé ce voile mystérieux.

Après avoir exposé la vie de Chamberlen d'après les documents authentiques, Aveling passe à l'EXAMEN CRITIQUE DE LA QUESTION PRINCIPALE DE L'INVENTEUR DU FORCEPS.

La nouveauté et l'excellence du forceps des Chamberlen comparé aux instruments si imparfaits des Arabes, de Rueff, etc., repose essentiellement sur le fait que l'instrument se composait de deux pièces séparées. Comme l'honneur de cette invention n'appartient qu'à un seul des membres des quatre générations de cette famille d'accoucheurs, et qu'il n'est pas nécessaire de prendre en considération des prétentions étrangères, il ne reste à poser que cette seule question : Quel est parmi le Chamberlen le véritable inventeur ? Pour donner à cette question une réponse satisfaisante, il est nécessaire de commencer les recherches par l'époque où l'instrument a été connu généralement, et de remonter en arrière pour essayer de trouver la trace de l'inventeur.

Le secret des Chamberlen ne fut pas découvert avant le commencement du 18e siècle. La première description de l'instrument est donnée par Chapmann en 1733 (cinq années après la mort de Hugh jeune). Il écrivit à cette époque : « je dois faire observer qu'il y a beaucoup *d'espèces différentes de forceps*, qui ne sont pas également utilisables, c'est leur forme qui doit être appréciée ». Puis il ajoute : « Le secret mentionné par le Dr Chamberlen moyennant lequel son père, ses deux frères et lui-même ont sauvé la vie à des enfants qui se présentaient par la tête, et dont la naissance spontanée n'avait pas pu avoir lieu, est due, comme tout le monde l'admet sans contestation, à l'emploi du forceps, *qui aujourd'hui est connu de tous les accoucheurs distingués de la ville et de la campagne.*

Depuis combien de temps avant 1733 ce secret a-t-il pu avoir été divulgué ? Chapmann était un praticien de la campagne, il demeurait dans un petit village du comté d'Essex, où il n'a pas pu, comme ses collègues de Londres, avoir eu l'occasion de connaître immédiatement les inventions de son art. Il a toutefois dû s'être servi du forceps pendant un certain temps avant la publication de son mémoire, puisqu'il dit : « Mon forceps avait *depuis beaucoup d'années* été confectionné avec un métal si flexible qu'il lâchait prise, et se déformait dans sa courbure ; il était construit de façon à ce que la vis pût être fixée à une branche ou à l'autre. Je me suis servi de cet instrument pendant quelques années, mais comme il m'arrivait souvent que l'instrument glissait en bas, j'en conçus une si mauvaise idée, que je ne l'employais plus que rarement, et que pendant une durée de dix années je ne l'ai plus employé une seule fois ».

Il n'est pas invraisemblable que William Sermon (l'auteur de « English Midwife, 1671) ait eu aussi quelque connaissance du forceps, attendu que dans le chapitre qui traite des signes de la mort du fœtus et des moyens de l'extraire, il dit : « « Mais si aucun de ces médicaments ne fait effet, il y a encore d'autres moyens plus sérieux, plus énergiques :

l'extraction moyennant des crochets, des pinces (tongs) et d'autres instruments ». Ce qui est certain, c'est que pendant la première moitié du 18e siècle, la structure et l'emploi du forceps avaient peu à peu été généralement connus, si bien que *Fielding Out* a pu écrire en 1742 (A Treatise of Midwifery », p. 153. Dublin) : « l'instrument le plus utile est le long forceps qui est maiutenant employé dans toute l'Europe ». La *trouvaille des instruments des Chamberlen*, en 1813, dans un réduit secret de la maison du Dr Pierre Chamberlen de Woodham Mortimer Hall, près Maldon, dans le comté d'Essex, qui était restée la propriété de la même famille, est racontée par Aveling d'après un récit postérieur du Dr *Robert Lee*, médecin praticien à Maldon (voy. medico-chirurgical Transactions, XXVII, 1861), il diffère un peu de celui que le Dr H. H. *Carwardine* a fait lorsqu'il a offert ces instruments à la Société royale médico-chirurgicale de Londres. Medico-chirurgical Transactions, IX, 1818). Le Dr Lee a puisé ses renseignements auprès d'une femme *Codd* qui habitait alors à Woodham Mortimer Hall. Celle qui a véritablement fait la découverte, et dont le nom mérite d'être transmis à la postérité, était sa mère Madame *Kemball*.

Ces intruments qui sont soigneusement conservés dans une vitrine de la Société de médecine et de chirurgie sont :

3 *leviers fenêtrés ;* l'un se termine avec un crochet mousse, le second se termine par un crochet tranchant, le troisième a presque la forme d'une branche de forceps, mais n'a pas d'entaille ni d'axe et il se termine par un crochet tranchant.

3 crochets tranchants dont deux se terminent par une courbure mousse, tandis que le troisième présente une poignée plate en forme de cœur.

3 *anses* (filets) (Selingen), deux en baleine avec un ruban, une troisième en baleine avec de la soie noire, à chaque extrémité un œil pour y passer un lacet.

1 *forceps* (*fig 1*). Un forceps d'une structure grossière, une des cuillers mesure 31,25 centim. de long, l'autre 32,5 centim. ; la longueur de la cuiller jusqu'à la jonction

des deux côtés, 20 cent. Longueur des fenêtres, dans l'une 12,5 cent., dans l'autre 20 cent., un des manches a 11,25 cent. de longueur, l'autre 10 cent., les deux se terminent par des

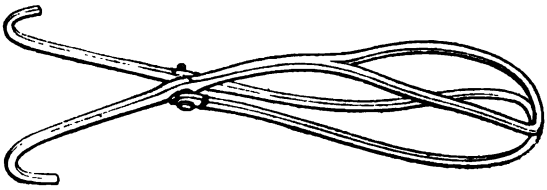


Fig. 1.

crochets mousses courbés en dehors. Les deux moitiés de l'instrument sont unies moyennant une vis, dont la tête ovale, lisse, est sans l'encoche ordinaire. Quand l'instrument est fermé, les extrémités des cuilllers se touchent. *Cet instrument est sans aucun doute le premier forceps dont*

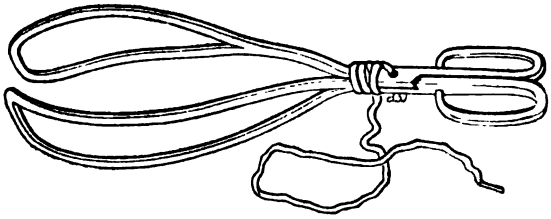


Fig. 2.

*dérivent toutes les formes de cet instrument en ce moment en usage.*

*Fig.* 2. Forceps long de 30 cent. Longueur jusqu'à la jonction, 23,75 cent. Longueur des fenêtres : dans l'une des cuillers (20 cent., dans l'autre 13,12 cent., largeur de la fenêtre dans la première 3,12 cent., dans l'autre 2,8. Les manches ont une longueur de 8,12 cent. et sont contournés en anneaux qui admettent commodément deux doigts d'un côté, le pouce de l'autre. Les deux moitiés de l'instrument sont réunies par une tresse qui à une extrémité est armée d'un nœud, d'une pointe de l'autre, le lien est passé dans les trous qui avaient

servi à une vis, il permet à l'opérateur de serrer ou d'éloigner les branches à volonté.

*Fig.* 3. Instrument d'une longueur de 18 centim. identique

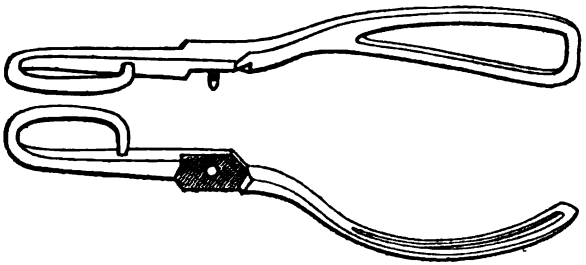


FIG. 3.

au précédent comme construction, seulement les fenêtres sont d'égale grandeur, longues de 15 centim., larges de 2,5.

*Fig.* 4. — Forceps solide, long de 32,5 centim.; longueur des cuillers jusqu'à la jonction 12 centim.; longueur des fenê-

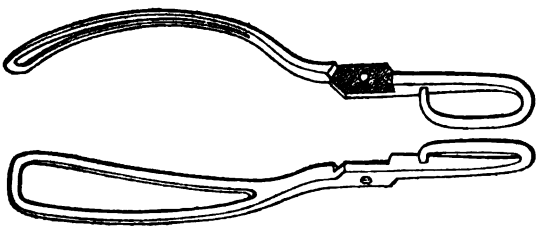


FIG. 4.

tres 12,5; largeur 2,5; les manches sont en anneaux, et longs de 12,5. La jonction des deux cuillers se fait par un pignon solide dans une branche, une ouverture ronde dans l'autre qui s'y ajuste. Quand l'instrument est fermé les cuillers restent éloignées à l'extrémité de 3,12 (1).

On est surpris de voir que les modèles 1 et 4, ont déjà ce qui caractérise essentiellement le mode de jonction du forceps de Levret.

(1) En comparant ces figures à celles données par les livres, on reconnaîtra facilement que les forceps de Chamberlen ont été mal représentés.

On citait autrefois Walker comme l'inventeur du mode de jonction anglais. Un précurseur qui a mieux agi encore comme improvisateur paraît avoir été Chapmann. Il perdit la vis de son forceps et il trouva que sans elle l'instrument était plus avantageux.

Cette importante découverte de ces instruments dans la maison des Chamberlen exclut sans aucun doute comme auteurs les deux dernières générations. *Hugh Chamberlen senior* et *junior*. *Paul* et *John Chamberlen* étaient sans aucun doute en possession du secret de la famille, mais aucun d'eux ne peut avoir de prétention à l'invention de l'instrument. L'idée pendant longtemps répandue que le Dr *Pierre Chamberlen* a été l'inventeur est erronée, car de tout ce qui précède il résulte indubitablement que lui aussi bien que ses descendants tenaient de son père la connaissance du forceps.

Si on examine avec attention les instruments trouvés dans la maison du Dr Pierre Chamberlen, on est frappé de voir que chacun de ces forceps y est en trois exemplaires. On trouve bien quatre forceps, mais un d'eux est d'une construction si grossière qu'il ne peut guère avoir été mis en usage. Cette coïncidence conduit à la nécessité d'admettre que ces instruments ont appartenu non seulement au Dr Pierre Chamberlen, mais aussi à son père et à son oncle, attendu que le secret aurait pu difficilement avoir été gardé si les instruments de ces deux derniers étaient après leur mort tombés en d'autres mains que celles du Dr Pierre Chamberlen. Celui-ci a mené une vie joyeuse et dissipée pendant les premières années de sa carrière médicale, il n'a pas eu à endurer le besoin et l'aiguillon de la nécessité qui aiguisent l'esprit et le poussent aux inventions. Nous savons (voy. plus haut) que dès sa jeunesse il a été mis en possession du secret de la famille, qu'il a eu de bonne heure une situation élevée comme accoucheur, qui a excité la jalousie des sages-femmes qui disaient « qu'il n'avait pas plus de barbe qu'elles ». Il est vrai de dire qu'il s'était beaucoup occupé de projets

de mécanique, mais il convenait lui-même qu'ils ne résultaient pas d'inventions personnelles, d'autre part ils avaient un tel caractère fantaisiste, qu'on peut le regarder pour tout autre chose que pour un mécanicien sérieux et pratique. Au reste, Hugh Chamberlen l'aîné dit les paroles suivantes dans la Préface de sa traduction de Mauriceau : « Mon père, mon frère et moi sommes arrivés à un moyen (attained to) pour accoucher les femmes, etc. », il ne se sert pas ici de l'expression « d'avoir inventé » (invented) comme il l'aurait dit, si son père en avait été véritablement l'inventeur. Les écrits même du Dr Pierre Chamberlen prouvent qu'il ne l'a pas été, car nous trouvons dans la « Voix dans Rhama » le passage suivant : « Ma renommée m'a suscité des envieux et des ennemis secrets dont le nombre s'est accru depuis que mon père m'a initié aux accouchements ».

Il résulte des notes qui se trouvent dans le livre Journal du « Collège royal des médecins de Londres » que le père et l'oncle du Docteur Pierre (c'est-à-dire les frères Pierre Chamberlen l'aîné et le cadet) ont été en possession d'une habileté particulière et de moyens pour traiter les accouchements difficiles, ce qui causait beaucoup d'ennuis aux membres de ce Collège, et qui a motivé les poursuites contre Pierre Chamberlen le cadet pour avoir outrepassé les droits, ce qui a été exposé plus haut. Il ne peut subsister de doute sur la nature de cette méthode secrète dont les deux frères faisaient usage. Jamais ils n'auraient gagné la situation qu'ils ont réellement occupée s'ils ne s'étaient distingués par une habileté toute particulière. Que d'obstacles ne trouvaient-ils pas dans leur chemin ! Comme étrangers on se méfiait d'eux, et on les haïssait, comme fugitifs ils étaient pauvres et repoussés. L'habileté, le zèle et l'activité pouvaient seuls vaincre les obstacles amassés sur leur voie, aussi voyons-nous *Pierre Chamberlen l'aîné* arriver malgré eux à être appelé pour accoucher la reine plusieurs fois, les deux frères se faire de nombreux amis et s'élever à des situations honorifiques et de fortune considérable.

Il ne reste plus enfin qu'une question à élucider, *que celui des deux frères* (Pierre l'aîné ou Pierre le cadet) *est l'inventeur du forceps ?* Un passage de l'introductio Smellie, passée jusqu'ici inaperçu, donne à cet égard démonstration, en tant qu'elle est possible en cette mati Quand Smellie parle de l'instrument dont les Chambe auraient fait usage, il dit : « et on dit qu'il a été inve par l'oncle » (« and said to be contrived by the uncle Sous le nom *d'oncle* on ne peut entendre que *Pierre Cha berlen l'aîné*, attendu que le Dr *Pierre Chamberlen* n'a pas de frère qui ait pratiqué les accouchements. On p donc dire presque avec une certitude absolue *que Pie Chamberlen l'aîné est celui auquel appartient l'honne d'avoir inventé le forceps.*

Comme il peut bien être admis qu'on puisse parveni réunir d'autres matériaux plus riches encore pour la so tion de cette question, que ceux qu'Aveling est parven colliger, on peut soutenir avec autorité que non seuleme il a donné la solution de la question si longtemps litigieu du véritable inventeur du forceps, mais qu'il a établi l'hi toire de la famille des Chamberlen d'une façon telleme claire et large, qu'il est peu probable que de nouvell recherches puissent parvenir à la modifier, fussent-ell puisées dans des sources nouvelles. C'est ainsi que cet question si longtemps controversée a été enfin résolue et restera peut-être pour toujours.

---

HOTEL-DIEU SERVICE DE M. TILLAUX

## DES TUMEURS FIBREUSES PÉRIPELVIENNE CHEZ LA FEMME

Leçon recueillie par **M. Barraud**, interne du service.

Je désire vous parler de deux malades que vous pouve voir encore à la salle Sainte-Marthe et que j'ai opérées à pe

de jours d'intervalle. Ce sont deux femmes atteintes d'une affection que vous rencontrerez rarement, mais qui n'en mérite pas moins d'attirer votre attention, car elle se présente dans tous les cas avec des caractères toujours identiques : l'une et l'autre étaient porteurs de fibromes de la paroi abdominale antérieure. Voici d'abord leurs observations.

La première est une jeune fille vierge, D... J..., que j'ai déjà opérée l'an dernier d'un kyste de l'ovaire. Je n'ai rien autre à vous signaler dans les antécédents de cette malade âgée de 20 ans : ses parents sont de bonne santé; son passé morbide est nul.

Il y un an, relevée de son ovariotomie, elle s'aperçut d'une petite tumeur située dans le flanc gauche et qui offrait à peu près le volume d'une noix. Elle n'en éprouvait aucune gêne physique ou fonctionnelle et ce n'est qu'à cause de l'accroissement continu de la tumeur qu'elle est de nouveau entrée dans mon service où vous l'avez vue couchée au n° 1 de la salle Ste-Marthe.

A l'inspection du ventre rien d'anormal; la jeune fille était grasse et les parois abdominales assez épaisses. Par la palpation on percevait une tumeur du volume d'un œuf de poule environ, située au-dessus de l'arcade de Fallope gauche. De forme ovoïde, de consistance ferme, elle offrait un grand axe parallèle à cette arcade. Elle était mobile facilement dans le sens vertical; dans le sens tranversal au contraire elle présentait une immobilité complète; cette recherche permettait aussi de sentir un pédicule très tendu, très résistant qui semblait la relier à la crête iliaque, un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On ne remarquait aucune altération de la peau qui glissait à sa surface et la tumeur était indolente spontanément et à la pression.

Pas de troubles digestifs; mictions faciles; règles normales.

La seconde malade est une femme mariée, B....N..., mère de deux enfants, entrée le 2 mai dans mon service pour une tumeur du ventre.

Sans antécédents héréditaires ou personnels, cette âgée de 31 ans, bien réglée, de constitution très robu senti sa tumeur pour la première fois il y a 18 mois avait alors le volume d'un petit œuf de poule, siégeait le flanc droit et ne s'accompagnait d'aucun phénomène loureux. Mais peu à peu la tumeur grossissant est de gênante par son poids, et, sans provoquer de troubles veux graves, elle a influé sur le moral de la malade qui rait à tout prix en être débarrassée.

Cette tumeur qui offrait le volume d'une tête de nouv né, de forme ovoïde, à grand axe parallèle à l'arcad Fallope, était située dans le flanc droit. Ne faisant au saillie sous la peau normale et mobile à sa surface, elle régulière au toucher, très dure, mobile verticalem immobile dans le sens transversal et semblait se ratta par un pédicule étalé et très court à la crête iliaque. paraissait plus superficielle que la précédente et é comme elle, indolente spontanément; toutefois la pres provoquait une légère douleur le long de son bord su rieur.

Aucun retentissement sur les fonctions génito-urinai

Vous voyez, Messieurs, que ces deux observations s pour ainsi dire calquées l'une sur l'autre; elles ne diffèr que par le siège (l'une était à droite et l'autre à gauche par le volume qui est en rapport avec la différence d'âge mal. En dehors de ces deux points, mêmes signes physiqu même absence de troubles fonctionnels. J'avais donc rais de vous dire que ces affections sont remarquables par l'id dité des symptômes; aussi il vous sera facile de les rec naître si vous voulez bien suivre la marche que je vais vo indiquer pour arriver au diagnostic.

Notre premier soin a été de localiser ces tumeurs: aurait en effet pu les confondre avec des tumeurs primitiv ment développées dans l'intérieur de la cavité abdomina Je ne veux pas vous faire une étude individuelle des dif rentes tumeurs intra-abdominales; outre que cette questi

demanderait des développements beaucoup trop longs, elle ne se rapporterait qu'indirectement au sujet qui nous occupe. Il me suffira de vous donner quelques caractères généraux pour que dans la majorité des cas vous ne vous y trompiez pas ; je dis la majorité à dessein, car il se présentera certainement dans votre pratique des faits où l'erreur sera très excusable. Lorsque vous n'aurez que peu ou pas de renseignements sur l'évolution de la maladie et sur les troubles fonctionnels auxquels elle aura donné lieu, lorsque le sujet présentera une paroi abdominale très épaisse, surchargée de graisse, il vous sera difficile de faire une exploration complète et méthodique ; vous vous tromperez donc. D'ordinaire cependant vous pourrez arriver au diagnostic en vous rappelant ces quelques signes cliniques : Les tumeurs de la paroi font souvent un relief marqué qui tranche sur la surface régulière de l'abdomen, ce n'est du reste qu'un signe de présomption, attendu qu'une tumeur de la cavité peut parfaitement venir faire saillie sous la paroi qu'elle repousse au devant d'elle. Quelquefois la palpation suffira à vous démontrer la superficialité de la tumeur qui peut être immédiatement sous-cutanée : dans ce cas pas de doute. D'autres fois la tumeur sera plus profonde quoique appartenant encore à l'épaisseur de la paroi, ici le diagnostic serait plus difficile sans le signe suivant que je vous recommande : sentez bien votre tumeur, lorsque vous l'avez bien en mains, faites contracter les muscles de la paroi abdominale (pour cela dites à la malade couchée de faire un effort pour se relever pendant qu'un aide s'oppose à ce mouvement par une main appliquée sur le thorax) ; si la tumeur est intra-abdominale vous ne la sentirez plus, les muscles rigides de la paroi vous en séparent ; si au contraire elle est intra-pariétale vous la sentirez encore. C'est là le vrai signe différentiel entre les deux ordres d'affections. Je passe sous silence les modifications physiques ou fonctionnelles imprimées aux organes, les mouvements rythmiques provoqués par la respiration : ces conditions se déduisent facilement de la physiologie

normale et ne peuvent être développées qu'à propos des tumeurs de chaque viscère en particulier.

Vous pouvez aller plus loin dans votre diagnostic et préciser davantage le siège d'une tumeur pariétale. Dans la manœuvre que je viens de vous recommander, la tumeur qui est toujours sensible à la palpation est restée mobile ou est devenue immobile : dans le premier cas elle est sous-cutanée, dans le second elle est sous-aponévrotique. Songez que dans certains cas, elle est à la fois l'une et l'autre.

Vous m'avez vu pratiquer cet examen chez nos deux malades et conclure à l'existence de tumeurs intra-pariétales sous-aponévrotiques. Le diagnostic du siège étant fait, restait celui de la nature. J'ai rejeté d'emblée l'idée d'un lipome ou d'un kyste en raison de la consistance de ces tumeurs qui offraient la dureté de la pierre. Je ne me suis pas arrêté longtemps à l'hypothèse d'un phlegmon circonscrit de la paroi ; cette affection peut laisser quelquefois une induration persistante, cantonnée en un point quelconque de la paroi abdominale, mais, outre que le phlegmon ne constitue pas une tumeur à proprement parler, il est rarement aussi exactement limité, il s'accompagne presque toujours d'une élévation de la température locale que nous n'avions pas ici, enfin nos malades n'avaient jamais présenté de période inflammatoire dans l'évolution de leur affection. Il ne nous restait donc en procédant par élimination que le fibrome ou fibro-sarcome de la paroi sur lequel on a beaucoup écrit et qui, ainsi que j'espère vous le démontrer par quelques mots d'historique, est encore mal connu.

L'étude de ces tumeurs ne remonte guère au delà de l'année 1860, malgré quelques observations antérieures de Sappey, Gosselin, Nélaton. A cette époque eut lieu à la Société de chirurgie une discussion à laquelle prirent part Chassaignac, Michon, Huguier et qui fut le point de départ de la thèse de Bodin parue l'année suivante. Dans ce travail qui résume parfaitement l'état des connaissances d'alors, l'auteur rattache le développement de ces tumeurs au pé-

rioste du bassin; pour lui les fibromes sont d'abord péripelviens et gagnent peu à peu la paroi abdominale dont ils dissocient les différents plans.

C'est sur cette première conception pathogénique que vécurent les chirurgiens jusqu'en 1877; même encore à l'heure actuelle beaucoup de cliniciens considèrent que les tumeurs fibreuses intra-pariétales de l'abdomen se rattachent à la crête iliaque par leur origine et ils trouvent dans l'existence du pédicule la preuve de leur affirmation. C'est en effet ce prolongement vers l'os qui en a imposé à des hommes tels que Nélaton, Huguier; je pourrais même à ce propos vous dire que Gosselin était si persuadé de cette origine, qu'il avait fait construire un instrument spécial pour aller sectionner le pédicule par lequel, d'après lui, la tumeur devait recevoir ses vaisseaux nourriciers. Cette erreur de thérapeutique, issue d'une erreur d'interprétation, était justifiée par la crainte que lui inspirait l'ouverture de la séreuse péritonéale. Cependant en 1877, M. Guyon, frappé de la ressemblance qui existe entre ces tumeurs fibreuses de la paroi abdominale et celles que l'on observe en d'autres points, à la région cervico-dorsale par exemple, émit l'hypothèse qu'elles prennent leur point d'implantation à la fois sur le périoste et sur les aponévroses d'insertion, le plus souvent au niveau même de l'union de ces aponévroses avec le périoste. C'était une façon nouvelle de concevoir l'évolution de ces tumeurs, qui fut adoptée l'année suivante par Nicaise dans une « Note sur les fibromes aponévrotiques et périostiques du tronc » qu'il publia en 1878 dans la Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. Depuis lors, des observations ont été communiquées par M. Terrillon à la Société de chirurgie et il en a déduit des conclusions opératoires dont je vous dirai bientôt quelques mots; enfin je vous cite pour mémoire la thèse de M. Damalix, parue en 1886, qui n'insiste que fort peu sur l'origine de ces tumeurs et se contente de rappeler l'opinion de ses devanciers. Vous voyez, Messieurs, par cet historique du reste très écourté, que la pathogénie des fibromes a suivi deux phases :

dans la première, à laquelle se rattachent les noms de Goss lin, Huguier, Nélaton, Bodin, on les considère comn ayant leur point de départ exclusif dans le périoste du bassir dans la seconde, représentée par les mémoires de Guyon, c Nicaise, les critiques de Terrillon et la thèse récente de D: malix, on admet que cette affection peut se développer à l fois aux dépens du périoste et des aponévroses d'envelopp des muscles. Cette formule m'a paru trop vague et j'ai chei ché à préciser davantage le point exact où la tumeur pren naissance. Pour bien vous l'indiquer, permettez-moi de vou parler de nos deux opérations qui nous ont guidé dans cett étude.

Voici d'abord la première, celle de la jeune fille : Aprè avoir fait une incision suivant le grand axe de la tumeur, j divisai les différents plans de la paroi abdominale (peau tissu cellulaire, fascia superficialis, aponévrose du grand obli que, muscle petit oblique). Au-dessous de lui apparut l face superficielle de la tumeur que j'abordai par son extré mité interne. Je la soulevai aisément et je pus voir au-des sous d'elle le fascia transversalis qui la séparait du péritoin pour lequel par conséquent je n'avais aucune crainte. Je fis basculer la tumeur de dedans en dehors détachant facile ment les faibles adhérences qui l'unissaient par sa face pro fonde. Arrivé à la région externe l'opération devint plu difficile, je vis des fibres du muscle transverse qui venaien prendre implantation sur la tumeur et qu'il me fut impossi ble de disséquer ; je dus les réséquer et j'enlevai alors l fibrome qui était pour ainsi dire compris dans un nid mus culaire représenté par l'évasement en avant et en arrière des fibres du transverse et qui n'avait aucun prolongemen fibreux vers la crête iliaque.

La seconde opération a été un peu plus périlleuse à cause du voisinage du péritoine. Après avoir procédé comme précédemment et sectionné le fascia superficialis, j'arrivai d'emblée sur la tumeur qui était plus superficielle et était venue faire hernie à travers l'aponévrose du grand oblique.

Je la fis basculer comme la première de *dedans en dehors* et rencontrai tout de suite au-dessous la séreuse péritonéale qui était en contiguïté immédiate; je procédai lentement à sa dissection avec un instrument mousse jusqu'à sa partie externe où je fus comme précédemment arrêté par les insertions musculaires du transverse. Après avoir vainement essayé de les détacher je les réséquai et la tumeur s'énucléa d'elle-même de sa loge sans que j'aie eu besoin de couper le moindre pédicule.

Dans les deux cas je fis une suture profonde de l'aponévrose du grand oblique au moyen de fils de catgut afin d'éviter autant que possible l'éventration; je fermai la plaie avec des crins de Florence après avoir mis un drain.

Ces deux opérations comportent avec elles des renseignements théoriques et pratiques utiles à connaître. C'est d'abord la question du pédicule que fait admettre la clinique et que repousse l'anatomie pathologique. Dans nos deux cas nous avions très nettement senti un prolongement partant de la tumeur et se rendant vers la crête iliaque; or c'était une erreur d'interprétation puisqu'il n'y avait point de pédicule. Lorsque le cas se présentera à votre examen ne vous y laissez donc point tromper; les fibromes de la partie inférieure de la paroi abdominale paraissent se rattacher à la crête iliaque, mais en réalité ils en sont indépendants. Comment alors expliquer cette sensation ? Rappelez-vous vos notions anatomiques. Le fascia iliaca qui bride le muscle iliaque et le maintient dans la fosse iliaque constitue un feuillet très résistant qui, arrivé au niveau de la crête iliaque, se continue avec l'aponévrose du grand oblique et donne naissance en dedans au fascia tranversalis, lequel double la paroi abdominale et va en s'amincissant vers la ligne médiane. Il en résulte qu'au niveau de la crête iliaque il existe une sorte de loge aponévrotique très résistante, ouverte seulement en dedans et qui comprend dans son épaisseur les muscles de la paroi abdominale latérale; en outre chacun de ces muscles est séparé de son voisin par un tissu

cellulaire plus ou moins lâche. Il semblerait plus naturel d'admettre, étant données nos notions d'anatomie pathologique générale, que le fibrome doit prendre naissance dans ce tissu conjonctif intermusculaire; mais je ne puis accepter cette manière de voir; en voici la raison: je vous ai dit que nous avions rencontré en avant comme en arrière de la tumeur des fibres musculaires qui venaient s'insérer étroitement sur elle. Or si elle s'était développée dans l'espace intermusculaire, la tumeur se serait continuée par ce tissu celluleux jusqu'au fascia iliaca; elle aurait joui d'une certaine indépendance avec les muscles ou du moins elle n'aurait eu avec eux que des rapports de contiguïté (petit oblique en avant, transverse en arrière), et par suite elle eût été isolable. Vous avez vu quels soins nous avons mis pour la détacher de ses insertions et nous n'avons pu y parvenir; il nous a fallu réséquer les attaches du muscle transverse dont toutes les fibres épanouies à la face superficielle et à la face profonde du fibrome sans interposition de couche conjonctive appartenaient au même plan. Nous sommes donc en droit d'en conclure que cette variété de fibrome se développe dans l'épaisseur même du muscle transverse; peut-être y a-t-il là une disposition anatomique spéciale qui nous échappe et qui explique ce siège constant.

Cette origine nous permet très bien de comprendre la sensation que l'on éprouve surtout lorsque la paroi abdominale se trouve tendue. Vous savez que le muscle tranverse vient s'insérer sur la crête iliaque par des fibres tendineuses très courtes; vous savez d'autre part qne le fibrome est très rapproché de cette crête iliaque. Si donc vous tirez sur la tumeur de façon à la ramener vers la ligne médiane, vous exercerez indirectement une traction sur la crête iliaque et la partie intermédiaire à l'os et au fibrome vous donnera la sensation d'un cordon dur, résistant qui n'est autre que le pédicule. Il m'est facile de vous en donner la preuve:

Faites relâcher la paroi abdominale et mobilisez la tumeur; cela vous sera très facile dans le sens vertical, mais

essayez transversalement, vous n'y parviendrez pas, vous serez arrêtés par la tension des fibres musculaires qui limiteront le mouvement et comme ces fibres sont très courtes vous sentirez aussitôt l'obstacle qui s'y oppose, c'est-à-dire ce que l'on a considéré à tort comme un pédicule fibreux. Si ce pédicule était de nature fibreuse, nous le sentirions, quoique moins nettement, dans la mobilité verticale et surtout nous aurions été obligés de le sectionner pour énucléer le fibrome ; il n'en a rien été puisqu'il nous a suffi de réséquer les fibres musculaires qui lui formaient comme une enveloppe partielle pourvoir la tumeur s'énucléer pour ainsi dire spontanément.

Maintenant que nous connaissons l'origine intra-musculaire de ce genre de tumeurs, il nous est facile de les suivre dans leur évolution. Le muscle transverse se trouve en rapport en avant avec le petit oblique, l'aponévrose du grand oblique et la peau ; en arrière avec le fascia transversalis qui devient de moins en moins résistant à mesure que l'on s'avance vers la ligne médiane, et le péritoine. La tumeur peut donc suivre deux voies, ou se diriger vers la peau, ou devenir profonde. La première marche est celle que nous avons observée chez notre seconde malade où le fibrome avait dissocié l'aponévrose du grand oblique et était venu faire hernie au-dessous du fascia superficialis ; il vous est facile de vous en rendre compte en examinant cette pièce sur laquelle vous pouvez voir un sillon circonférenciel qui représente les limites de pression des arcades aponévrotiques. C'est une marche favorable, car le fibrome devient dans ce cas de plus en plus superficiel et par suite plus facile à enlever. Mais il peut aussi se diriger vers la cavité abdominale ; il est d'abord bridé par le fascia transversalis et ce fascia devenant de plus en plus faible, la tumeur le perfore et se met au contact avec la séreuse péritonéale qu'elle finit par enflammer ; il s'établit des adhérences qui, dans certains cas, deviennent très résistantes et ne permettent pas une opération radicale sans lésion du péritoine. Les accidents seront nuls dans la première évolution, à moins que

la tumeur exerçant une pression excentrique de plus en plus forte sur la peau ne finisse par l'ulcérer, ce qui est d'autant plus acceptable que ces tumeurs considérées comme des fibromes purs contiennent en réalité des éléments sarcomateux capables d'infiltrer la zone avoisinante. Dans la seconde, au contraire, les accidents peuvent être très graves; outre la possibilité de généralisation de la péritonite, les tumeurs qui s'accroissent sans cesse viennent exercer une presion graduelle sur la masse intestinale dont ils diminuent le calibre et peuvent être le point de départ d'une destruction. C'est vous dire, messieurs, qu'il ne faut pas hésiter à les enlever.

Pour cette opération, dont il nous est impossible d'apprécier à l'avance les limites, entourez-vous de soins aussi minutieux que pour une ovariotomie. Vous êtes exposés à ouvrir le péritoine; placez-vous donc dans des conditions de température suffisante, dans un milieu parfaitement aseptique, si vous ne voulez pas voir votre opérée succomber vers le quatrième ou cinquième jour au développement d'une péritonite. Une fois ces précautions extérieures prises, incisez couche par couche, lentement, jusqu'à la tumeur; je vous conseille alors de vous diriger vers son extrémité interne et non pas vers son pédicule. Vous comprenez que c'est là une faute opératoire, car en ce point la tumeur est fixée et vous n'en sentez pas la limite profonde; vous vous exposez à dépasser le mal, à couper dans le muscle une épaisseur de tissu sain beaucoup trop grande; enfin il vous est bien plus facile, en raison de cette adhérence, d'ouvrir le péritoine. Je préfère donc rechercher l'extrémité interne de la tumeur, et la faire basculer en dehors. J'en vois de la sorte la face profonde et je peux la détacher peu à peu de ses adhérences avec le fascia transversalis. Je vous recommande pour cette manœuvre de vous servir d'un instrument mousse, d'une spatule par exemple, de procéder avec précaution afin de ne pas léser la séreuse et de ne jamais quitter la face profonde de votre tumeur qu'il faut raser constamment.

Une fois arrivés vers la partie charnue, réséquez les fibres musculaires et vous verrez la tumeur tomber d'elle-même par son propre poids; c'est ce qui nous est arrivé dans nos deux opérations. Mais quelquefois les choses peuvent ne pas être aussi simples; fréquemment le fibrome présente des adhérences avec le péritoine, disposition qu'il vous est impossible de reconnaître pendant la vie. Dans ce cas procédez de la même façon pour le premier temps; allez chercher l'extrémité interne de la tumeur; essayez de la faire basculer; si vous ne réussissez pas, détachez le plus possible avec vos doigts la face profonde jusqu'à ce que vous arriviez à des adhérences telles que vous êtes exposés à déchirer la séreuse. Ici se pose une question différemment résolue par vos maîtres : les uns préfèrent couper dans la masse et laisser une portion plus ou moins étendue de la tumeur dans la plaie; les autres, et je suis de ceux-là, ouvrent le péritoine, dont ils font ensuite la suture. Je crois, qu'étant donnée une asepsie rigoureuse, les chances d'insuccès sont très faibles, tandis que dans la seconde manière de faire la récidive est probable ainsi que le montrent de nombreux faits et en particulier une observation intéressante de Gosselin.

Quand la tumeur sera enlevée, la plaie bien lavée avec du sublimé tiède et l'hémostase assurée, faites les sutures. J'ai l'habitude d'en faire deux plans, afin d'éviter un accident qui a été signalé après cette opération : l'éventration. Je fais un plan profond au catgut par lequel je réunis les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique; un plan superficiel cutané aux crins de Florence. Je vous conseille de drainer la plaie : bien nous en a pris dans les deux cas d'avoir recours à cette précaution. Chez nos deux malades nous avons eu pendant une huitaine de jours un écoulement sanguin continu qui suintait par le tube et venait tacher le pansement. Je ne sais si le fait s'est présenté toujours, mais comme nous l'avons observé deux fois, j'ai tout lieu de croire à son apparition fréquente, d'autant plus qu'à ce niveau il est impossible d'exercer une compression suffisante. N'ou-

bliez donc pas ce détail, vous éviterez ainsi la stagnation du sang dans la plaie, et n'aurez pas à craindre une suppuration qui peut gagner toute l'épaisseur de la paroi abdominale et provoquer une péritonite mortelle.

---

SUR L'IDENTITÉ PROBABLE

# DE L'ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS

AVEC LA

## *PHLEGMATIA ALBA DOLENS*

Par le Dr **Léon Dumas**,

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de médecine de Montpellier (1).

---

### ÉTIOLOGIE

« La *phlegmatia alba dolens* entraîne toujours avec elle l'idée d'une cause générale qui préside à la coagulation spontanée du sang. » Ainsi s'exprime M. Troisier, d'accord en cela avec presque tous les auteurs qui ont écrit sur cette maladie, notamment avec Trousseau ; et cette opinion paraît absolument fondée si l'on se rappelle que cette affection se montre à peu près toujours comme conséquence d'une autre maladie ayant conduit l'organisme à un état de déchéance plus ou moins profonde.

Dans quelles circonstance s'observe-t-elle en effet ? C'est dans l'état puerpéral, dans la tuberculose, le cancer, l'intoxication paludéenne, etc., ce qui permet d'affirmer encore avec M. Troisier qu'elle « paraît se développer en vertu d'un état de l'organisme commun aux différentes maladies qu'elle accompagne, état que l'on désigne d'une façon générale sous le nom de marasme ; de là l'expression de *Thrombose marastique* (Wirchow) ».

---

(1) Lu devant l'Académie de médecine, séance du 15 novembre 1887.

Il se produit évidemment, en pareil cas, certaines modifications dans la composition et dans les propriétés du liquide sanguin, et l'on conçoit que ces modifications qui dans certaines conditions semblent augmenter la fluidité du sang, puissent, dans d'autres circonstances, produire un résultat inverse et le prédisposer à se coaguler. L'état actuel de la science ne permet pas encore de rien dire de précis à ce sujet, mais nous ne savons pas d'avantage, comme le fait remarquer M. Troisier, « à quoi est dû le phénomène de la coagulation du sang et par suite de quelles modifications élémentaires il passe de l'état liquide à l'état concret ».

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de cette tendance du sang à se coaguler, elle ne suffit pas d'ordinaire pour donner lieu à la thrombose, point de départ de la *phlegmatia*, car s'il en était ainsi, on la rencontrerait beaucoup plus souvent dans les mêmes circonstances ; mais c'est alors que les deux autres ordres de causes signalées par les auteurs peuvent venir exercer une action décisive en donnant naissance, soit à une lésion anatomique des vaisseaux, soit simplement à un trouble circulatoire : telles peuvent être, d'une part la phlébite, d'autre part une stase circulatoire quelconque.

On peut conclure, me semble-t-il, de ce rapide exposé, que la modification inconnue du sang résultant d'un état de cachexie ou de marasme, est une cause prédisposante de la *phlegmatia alba dolens*, dont divers troubles anatomiques ou fonctionnels de l'appareil circulatoire sont les causes déterminantes.

Appliquons maintenant ces données à l'œdème du nouveau-né. Que trouvons-nous d'abord au sujet de l'étiologie? Ici l'unanimité des opinions est complète. Quel que soit l'auteur que vous consultiez, vous trouverez toujours signalées des circonstances identiques, et il me suffira de les énumérer pour montrer leur analogie avec celles qui accompagnent ou précèdent la *phlegmatia*.

C'est d'abord la naissance avant terme, dont l'influence sur la fragilité du nouveau-né ne saurait être mise en doute;

c'est, pour les enfants nés à terme, leur faible poids et leur aspect chétif, autrement dit leur développement incomplet; c'est encore, dans quelques cas rares où l'enfant paraissait robuste, ou bien l'action du froid, ou de mauvaises conditions hygiéniques (défaut de soins, habitation malsaine, mauvaise nourriture de la mère ou de l'enfant), ou une maladie quelconque contractée par celui-ci. N'y a-t-il pas là autant de causes capables de conduire, et très rapidement, le nouvel être à un état de cachexie, de marasme, de dyscrasie, si l'on veut?

Si nous admettons, sous de telles influences, une prédisposition du sang à se coaguler rapidement, quoi de plus facile que de trouver chez le nouveau-né des causes déterminantes analogues à celles que j'ai déjà signalées plus haut? Quoi de plus simple, en d'autres termes, que d'établir chez le nouveau-né la pathogénie de la *phlegmatia?*

## PATHOGÉNIE DE LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Des trois fonctions fondamentales dont la régularité est nécessaire pour que le nouveau-né soit dans un état de santé parfaite, et qui sont la respiration, la circulation et la digestion, la première est sans contredit la plus importante, du moins dans les premiers temps de la vie extérieure. Au moment de la naissance, la circulation qui, pendant la vie intra-utérine, suffisait à les représenter toutes les trois, perd brusquement sa prééminence et passe désormais au second plan, le poumon et l'intestin se partageant respectivement une moitié du rôle nutritif rempli naguère par le placenta. Or, la prépondérance de la respiration est évidente dans ce nouvel état de choses. Le poumon, véritable placenta des échanges gazeux, devient comme le guide et le régulateur de la circulation du nouveau-né, qu'il influence dès la première respiration, c'est-à-dire bien avant que l'intestin entre à son tour en fonction comme organe d'absorption des liquides, et cette influence prépondérante de la respiration sur la cir-

culation se manifeste sous les yeux même de l'observateur.

Je ne crois pas nécessaire de m'étendre longuement sur ce fait, aujourd'hui hors de doute, et qui a été si bien mis en lumière par M. Budin dans son remarquable travail sur la ligature du cordon ombilical, et confirmé par les délicates recherches de M. Ribemont sur la tension du sang dans le cordon après la naissance. L'examen attentif des modifications dont la circulation funiculaire est le siège à partir de la première inspiration, et alors que rien n'est encore changé aux rapports utéro-placentaires, permet d'en constater très nettement le mécanisme. On peut s'assurer ainsi que le déplissement graduel des poumons, par l'appel du fluide sanguin dans ses capillaires, exerce du côté du placenta une véritable dérivation se traduisant à un moment donné par l'affaiblissement et la suppression des battements dans les artères ombilicales, par l'affaissement du cordon, et finalement par une interruption, qui mesure parfois plusieurs centimètres de longueur, dans la colonne sanguine de la veine ombilicale. Quant à la contre-épreuve, elle est fournie à tout instant par l'observation clinique qui montre que lorsque la respiration tarde à s'établir ou n'a lieu que faiblement, les battements et la turgescence du cordon persistent beaucoup plus longtemps que dans les conditions normales : tandis que chez le nouveau-né qui crie vigoureusement il suffit de 2 minutes et demie en moyenne (Budin) pour que les battements funiculaires aient complètement cessé; on peut les voir, dans le cas contraire, persister pendant 15 ou 20 minutes et quelquefois davantage.

Ceci montre donc avec la dernière évidence à quel point la circulation du nouveau-né est influencée par l'état de la respiration, et pourrait suffire, à défaut d'autre preuve, pour affirmer que le plus léger trouble du côté des poumons entraîne fatalement des modifications importantes dans l'appareil circulatoire.

Mais nous pouvons pousser plus loin cette conclusion évidente pour les premières minutes qui suivent la naissance, et montrer que cette influence se prolonge pendant

un temps beaucoup plus considérable. En effet, de ce que la respiration est établie, même vigoureusement, il ne s'ensuit pas qu'elle s'exécute d'emblée d'une façon régulière ni surtout complète. C'est graduellement et de proche en proche que le champ respiratoire, très restreint au début, s'étend davantage, et il faut un nombre de jours plus ou moins considérable suivant les sujets pour que toutes les vésicules pulmonaires soient perméables à l'air. Il est assez difficile sans doute de préciser dans quelle limite de temps cette ampliation complète des poumons peut atteindre son maximum, et l'on ne saurait se baser pour l'évaluer sur le résultat des autopsies, déjà signalé par Mekel, qui montrent si souvent des portions non aérées de ces organes, jusqu'à 4 et 6 semaines après la naissance. On pourrait objecter avec raison que ces enfants-là ayant été malades, on n'a plus affaire à un état normal des organes. Mais on peut invoquer d'autres preuves qui me paraissent ne pas manquer de valeur, bien qu'elles soient indirectes ; j'en citerai deux : la première est fournie par l'observation clinique qui montre l'état rudimentaire de la respiration pendant les premiers jours lorsque l'enfant est au repos ; c'est une vive inquiétude pour beaucoup de jeunes mères de ne pas entendre la respiration de leur enfant lorsqu'il dort, c'est-à-dire lorsque le diaphragme seul respire, et en effet dans ces conditions le souffle du nouveau-né est entièrement imperceptible ; la seconde, plus scientifique, est une remarque fort judicieuse de M. Hayem qui, après avoir noté, comme tout le monde, que le sang des capillaires cutanés est noir au moment de la naissance, absolument comme le sang veineux de l'adulte, a constaté que cette couleur foncée disparaissait d'une façon lente et graduelle, mais était encore très appréciable au 12e jour. Ajoutons que, même au delà de ce terme, la moindre suspension dans l'acte respiratoire ramène avec une étonnante rapidité la coloration bleuâtre de la peau, par exemple lorsque l'enfant crie violemment, ce que les nourrices traduisent en disant qu'il « devient tout noir ».

Il est important pour notre sujet de retenir la constatation méthodiquement faite par M. Hayem et de la confronter avec l'âge auquel se montre le plus souvent l'œdème des nouveau-nés. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : dans l'immense majorité des cas, c'est toujours avant le 10e ou le 12e jour qu'on l'observe, et même, d'après Désormeaux et Dubois, il serait très rare de le voir apparaître après le 4e jour. Quoi qu'il en soit, c'est d'habitude entre le 4e et le 12e jour qu'il se montre et il n'est sans doute pas indifférent, à notre point de vue, de rappeler que la *phlegmatia* puerpérale éclate la plupart du temps du 4e au 12e jour après l'accouchement.

Je termine là ces considérations préliminaires dont le développement m'entraînerait trop loin, mais qui m'ont paru nécessaires, et que je crois suffisantes, malgré leur rapide exposé, pour l'intelligence de ce qui va suivre. Nous possédons maintenant tous les éléments pour enchaîner d'une façon logique les diverses causes capables de produire la *phlegmatia alba dolens* chez le nouveau-né.

1° Etat non physiologique du sang, modification inconnue de ce liquide pouvant le prédisposer à se coaguler facilement (naissance avant terme, faiblesse congénitale, action du froid, hygiène défectueuse, nourriture mauvaise, maladies diverses congénitales ou acquises, et parmi celles-ci notamment l'entérite qui trouble profondément la nutrition, etc.);

2° Troubles primitifs ou secondaires dans toutes les grandes fonctions et particulièrement dans la respiration encore incomplète ;

3° Comme conséquence directe, troubles circulatoires amenant un ralentissement dans le cours du sang ; d'où

4° Coagulation spontanée dans les veines et *phlegmatia alba dolens.*

Il ne me reste plus qu'à démontrer quelques-uns de ces points et à répondre d'avance à certaines objections.

1° *Modification du sang.* — La première objection que je prévois est celle-ci : vous invoquez, me dira-t-on, une plus grande coagulabilité du sang comme phénomène primordial,

et vous venez de rappeler combien le sang du nouveau-né se rapproche par sa faible proportion d'oxygène du sang veineux de l'adulte. Or tout le monde sait que le sang veineux est moins coagulable que le sang artériel. Vos deux propositions sont donc contradictoires.

Je répondrai d'abord que cette tendance du sang à se coaguler plus facilement, admise dans la pathogenèse de la *phlegmatia*, n'est jusqu'à présent qu'une hypothèse, très plausible, cela est certain, mais enfin une pure hypothèse. Il est vrai qu'elle rend beaucoup plus facile l'interprétation des phénomènes dans un grand nombre de cas, mais personne, je crois, ne serait en mesure d'affirmer qu'elle est absolument indispensable. Ne constate-t-on pas tous les jours, sans aucun état pathologique antérieur appréciable, que l'immobilisation d'une colonne sanguine donne lieu à la formation d'un caillot intra-vasculaire, lorsqu'on lie un vaisseau, par exemple, pour arrêter une hémorrhagie ou pour supprimer un anévrysme? Néanmoins, pour bien montrer que l'assimilation que je propose peut être poussée jusqu'au bout, j'ai tenu à faire voir comment toutes les hypothèses applicables à la *phlegmatia* peuvent convenir aussi à l'œdème des nouveau-nés, aussi bien que tous les faits d'observation.

Ma seconde réponse à cette objection sera plus topique. Je ferai d'abord remarquer qu'il résulte des belles recherches de M. Hayem que le sang du nouveau-né est dans un état très instable, ce qui n'autorise guère à le comparer au sang normal de l'adulte. Or, il est permis de penser qu'aux variations continuelles qu'il subit dans sa composition correspondent aussi des modifications dans ses propriétés. Enfin, la première donnée étant que le jeune enfant est malade, on ne peut plus conclure des qualités physiologiques du sang de l'adulte aux propriétés pathologiques de celui du nouveau-né.

A ce dernier point de vue, d'ailleurs, on pourrait s'appuyer sur certaines analogies. Ainsi, quelle que soit l'hypothèse que l'on invoque pour expliquer ce fait, tout le monde

admet que le sang des cachectiques a une grande tendance à se coaguler, ce que Trousseau attribuait à la diminution des globules rouges ou à l'augmentation de la fibrine, ce que d'autres attribuent à la moindre densité du plasma, d'autres à l'augmentation des matériaux plastiques du sang, etc. C'est ce que l'on constate dans une foule d'états morbides, comme après les grandes pertes de sang ou à la fin des maladies aiguës. Or, il y a de telles analogies entre le sang des malades de ce genre et celui du nouveau-né, qui conserve pendant si longtemps les caractères du sang fœtal, que suivant M. Hayem, si l'on compare les anémiques au nouveau-né, « on peut dire que dans l'aglobulie le sang subit une sorte de retour à l'état fœtal ».

On voit par là que nous sommes loin de souscrire aux paroles suivantes de Depaul : « Aucune analyse du sang, aucune considération anatomo-pathologique ne permettent d'admettre dans l'état actuel de la science qu'il y ait un œdème par dyscrasie chez le nouveau-né ». Bien au contraire on ne trouve que trop souvent chez lui la réunion d'une foule de conditions pathologiques capables d'engendrer une dyscrasie, et une dyscrasie d'autant plus profonde et d'autant plus rapide qu'il a moins de résistance. Lorsque le tube digestif a commencé à fonctionner, une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité agira évidemment dans le même sens. L'athrepsie, qui accompagne si souvent l'œdème, est-elle autre chose qu'une dyscrasie ? Mais pour nous cette influence d'une mauvaise nutrition, bien que très réelle, ne doit être le plus souvent qu'une influence secondaire. En tout cas, son intervention est chronologiquement postérieure à celle d'une respiration défectueuse qui constitue pour nous le premier anneau de la chaîne des causes déterminantes de la *phlegmatia* chez le nouveau-né.

(*A suivre.*)

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 8 décembre 1887.*

*Présentations* : M. Auvard, a) un placenta qui du côté de sa face utérine, présente une tumeur, sphéroïdale, à peu près du volume d'une noix et reliée à la masse de l'arrière-faix par un mince pédicule, dans lequel on voyait cheminer des ramifications vasculaires qui paraissaient émaner de l'arrière-faix. D'un premier examen histologique, il paraît résulter que la masse anormale est le résultat d'une hyperplasie des éléments normaux du placenta ; *b*) un placenta provenant d'une fausse couche qui a été provoquée elle-même par un exercice assez violent. Suivant le rebord du placenta, existe un caillot constituant une véritable couronne. Résultat de l'hémorrhagie qui a provoqué l'expulsion prématurée de l'œuf, il se fait remarquer par sa disposition tout à fait insolite.

Après lecture des rapports sur les travaux présentés par les candidats, la Société procède au renouvellement du bureau, qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1888 :

Président : M. Guéniot.

Vice-Présidents : MM. Polaillon et Martineau.

Secrétaire général : M. Charpentier.

Trésorier : M. Dumontpallier.

Archiviste : M. Verrier.

Secrétaires des séances : titulaire, M. Olivier ; adjoint, M. Rey.

M. le Dr Jouin est élu membre titulaire.

M. Crucéanu, membre correspondant étranger.

M. Doléris, commence la lecture d'un rapport sur les questions qui ont été discutées au congrès de Washington.

M. Loviot, lit une observation de *version par manœuvres externes*, pratiquée avec succès chez une primipare, le siège étant déjà engagé.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 29 novembre.*

L'une des questions de prix, posées par l'Académie, **De l'Hystérectomie vaginale, ses indications opératoires et son manuel opératoire,** a donné lieu à 3 mémoires. Chargé de faire un rapport sur ces monographies, M. Le Fort a fait une étude très complète de cette opération dont il s'est efforcé de ramener dans ses justes limites la valeur thérapeutique. Il a montré, chiffres en mains, que les résultats obtenus ne justifient pas le vif engouement que manifestent certains opérateurs. Cependant, en dépit de cette appréciation restrictive, il se déclare partisan de l'opération, et de l'extirpation totale, même quand il s'agit d'épithéliomas parfaitement localisés, du moins en apparence, à la portion vaginale. Toutefois, l'intervention n'est légitimée que par l'existence d'un ensemble de conditions qu'il rappelle de la façon suivante : « Pour que l'hystérectomie dans le cas de cancer soit vraiment justifiée, il faut que l'état général soit bon et ne laisse pas supposer l'existence d'une cachexie cancéreuse ; il faut que le cancer soit limité à l'utérus, que le vagin soit libre de toute extension du mal, qu'on ait lieu de croire qu'il en est de même des ligaments larges. Il faut enfin que l'utérus soit mobile, non seulement parce que cette mobilité est la condition d'une opération exempte de difficultés exceptionnelles, mais aussi parce que cette mobilité suppose, dans l'immense majorité des cas, que le mal ne dépasse pas les limites de l'utérus. Pratiquée dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale est une opération qui doit être approuvée ; l'avenir nous montrera avec plus de précision l'étendue des services qu'on peut en espérer ou en attendre ».

Verneuil. — Se fondant sur 19 cas tirés de sa pratique personnelle, il exprime ses préférences pour l'hystérectomie partielle, dans les cas de cancer au début. Son exécution est plus simple, elle a donné à ses opérées une survie, en moyenne, de 19 mois. Il cite le cas d'une dame chez laquelle la récidive n'a eu lieu que la septième année après l'opération ; celui d'une autre dame qui, 48 mois après avoir été opérée, se trouve dans des conditions excellentes de santé et ne présente pas la moindre trace de récidive. Sans doute, avec l'hystérectomie partielle on n'est pas aussi assuré d'avoir enlevé complètement la totalité des tissus dégénérés. Mais qu'importe !

si les résultats opératoires et thérapeutiques sont supérieurs à ceux fournis par l'extirpation totale.

Trélat se rallie au contraire aux conclusions formulées par Le Fort et cite 4 observations d'hystérectomie vaginale totale, sur lesquelles il a eu un cas de mort. « Il est fort difficile, pense-t-il, même pièces en mains, de savoir quelle est la limite de l'envahissement épithélial d'un col utérin, de telle sorte que même en l'élevant aussi haut que l'on voudra, on laisse toujours au hasard une part qui n'existe plus dans l'ablation totale. »

---

## 60e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS, TENUE A WIESBADEN, 1887.

*Section de gynécologie* (*Fin*) (1).

Baumgartner. — **De l'opération des fibromes utérins sous-séreux.** — L'auteur de la communication montre une tumeur fibreuse, dure, mesurant de 15-10 centim. de diamètre qu'il a enlevée, suivant la méthode qu'il recommande, à une femme âgée de 33 ans. Le fibrome, sous-péritonéal, s'était développé dans la direction du ligament large. Comme la confection d'un pédicule était irréalisable, la tumeur fut séparée avec des ciseaux de son siège d'implantation.

Hémostase, par compression d'abord, puis par ligature. Pour faire disparaître la cavité qu'avait laissée l'extirpation de la tumeur, on en adossa les parois au moyen de deux sutures, étagées et continues, au catgut. De plus, la séreuse sus-jacente fut réunie par une suture entortillée, au catgut. Si l'on n'assurait pas l'occlusion parfaite de la capsule de la tumeur, il faudrait de toute nécessité recourir au drainage vaginal. En raison de l'épaisseur adipeuse de la paroi abdominale, il fallut apporter une attention toute particulière à la fermeture du ventre : 1) occlusion de la cavité péritonéale, au moyen d'une première rangée de sutures au catgut, comprenant péritoine, fascias et couches musculaires ; 2) deuxième rangée de sutures intéressant la paroi abdominale dans toute son épaisseur ; 3) application des sutures superficielles.

Korn. — **Nouvelles expériences touchant la prophylaxie de l'oph-**

---

(1) Vid. *in* **Ann. de Gynéc. et d'Obstétrique, nos de novembre et décembre 1887.**

**thalmie des nouveau-nés.** — C'est bien à l'emploi du nitrate d'argent, dirigé suivant les principes indiqués par Crédé, et non aux mesures d'antisepsie générale et au souci de réaliser une propreté rigoureuse, qu'on doit d'être maître aujourd'hui d'empêcher à coup sûr, chez les nouveau-nés, l'éclosion d'une ophthalmie aiguë blennorrhéique. Dans 150 cas, observés à la clinique, où, en raison de l'arrivée trop tardive des femmes, de la marche précipitée, de l'accouchement..... on n'avait pas eu le temps de soumettre les parturientes aux lavages antiseptiques ordinaires, il a suffi des seules instillations du sel argentique pour empêcher l'apparition d'un seul cas d'ophthalmie.

Michelsen. — Pièces provenant d'une laparatomie faite pour une **grossesse extra-utérine.** Depuis cette opération, la femme dont il s'agit a eu un accouchement naturel.

Noeggerath. Instruments pour : la cystotomie, l'opération du prolapsus de la paroi antérieure du vagin, l'extirpation des polypes à large base ; l'ouverture des abcès pelviens.

Wyder. **Perforation ou section césarienne ?** — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1) Les bassins rétrécis étant divisés suivant le degré du rétrécissement en quatre catégories, quand il s'agit d'une femme appartenant à la quatrième et à la troisième (sténose maxima), il faut, outre la section césarienne et la perforation, agiter, quand il en est encore temps, la question de l'accouchement prématuré, et laisser à la femme le soin de choisir entre ces 3 opérations; 2) Dans le cas de rétrécissements du bassin correspondant au premier et au deuxième degré, il ne faut conseiller aux primipares la section césarienne que lorsqu'elle paraît absolument nécessaire; aux multipares, on ne la recommandera que si les accouchements antérieurs ont été l'occasion de complications graves. Il faut également prendre en considération le vif désir de la mère d'avoir un enfant vivant. Quand la grossesse n'est pas trop avancée, il convient de proposer à la femme l'accouchement prématuré. *Aussi longtemps que, sous le rapport de la mortalité maternelle, la section césarienne donnera un chiffre double de celui de la perforation ou de l'accouchement prématuré, on n'est pas en droit d'affirmer que la première de ces opérations doit être entièrement substituée à la perforation pratiquée sur l'enfant vivant* (1).

(1) **Opération césarienne, mortalité maternelle, 17.5 0/0, d'après Crédé. Per-**

WIEDOV. **Des relations qui existent entre l'albuminurie et les maladies du placenta**. Chez cinq femmes atteintes d'albuminurie, l'auteur a constaté que le placenta présentait les lésions déjà signalées par Fehling. Ces lésions consistent en infarctus qui se rencontrent aussi bien sur la face fœtale que sur la face maternelle de l'arrière-faix.

FEHLING. — Sur 800 femmes enceintes, il en a trouvé 18 dont les urines contenaient de l'albumine. Chez toutes celles-ci le placenta a présenté, en plus ou moins grand nombre, les infarctus blancs caractéristiques. D'ailleurs, même en l'absence de l'albuminurie, on rencontre dans 1/8me environ des cas, quelques infarctus erratiques semblables. De nouvelles recherches pourront montrer si les infarctus, avec ou sans albuminurie, sont identiques quant à leur pathogénie. Il se range à l'opinion de Scanzoni, d'après laquelle, dans un grand nombre de cas, ils seraient la conséquence de raptus sanguins. Or, quand l'hémorrhagie se produit du côté de la surface maternelle du placenta, et que le sang déchire la caduque utérine, il peut survenir une de ces hémorrhagies internes prématurées, dont il a signalé la coïncidence avec l'albuminurie.

HÉGAR. — Il se demande si, en dehors de l'hydramnios et des maladies du placenta, la dégénérescence myxomat de l'œuf n'est pas, elle aussi, en rapport de connexité avec l'albuminurie. Il cite deux observations qui paraissent justifier cette hypothèse.

FRANK. — Pièces provenant d'une **grossesse extra-utérine coïncidant avec une dégénérescence sarcomateuse des deux ovaires.**

COLM. — *a*) **grossesse gémellaire tubaire**, mort par hémorrhagie ; *b*) coupe pratiquée sur un utérus, le siège d'une **grossesse interstitielle de** 5 mois.

ASCH. — Un certain nombre d'instruments.

NOGGERATH. — **De la part des déchirures du col dans l'étiologie des affections de la matrice.** — L'auteur a rangé en deux classes un grand nombre de femmes qu'il a minutieusement examinées : a) *femmes atteintes de déchirures du col* ; b) *femmes non atteintes de déchirures du col*. Et il a déterminé suivant quelle fréquence relative se rencontrent, dans ces deux catégories de sujets, les maladies de l'utérus : modifications pathologiques des tissus, métrite,

---

**foration, mortalité maternelle, 8.4 0/0, d'après Wyder ; accouchement prématuré mortalité maternelle, 8.2 0/0, Wyder.**

endométrite fongueuse.., stérilité, etc. Or, il a constaté que d'une manière générale, ces affections sont moins communes chez les femmes, dont le col est déchiré. D'où la conclusion, que cette lésion est très loin de posséder l'importance pathogénique que plusieurs gynécologistes lui accordent et que par suite la trachélorraphie est pratiquée d'une manière excessive.

FREUND. **Etat actuel de la question du traitement de la délivrance.** — L'accord entre les expectants et les interventionnistes est avant tout lié à la décision de ce point: *quand le placenta doit-il être extrait ?* Cette extraction est elle-même subordonnée au décollement du délivre. Or, ce décollement est accompli quand l'utérus s'élève, est dur, quand le cordon descend, et surtout lorsqu'on constate que le corps de la matrice couronne en forme de crête le segment inférieur, faisant saillie au-dessus du pubis dans lequel gît l'arrière-faix. Suivant l'auteur, le moment est venu alors de procéder à l'expulsion du délivre et pour la favoriser il conseille de fixer avec précaution, de dehors en dedans, le corps de l'utérus, tout en le relevant du côté de l'ombilic. Cette manœuvre qui n'est que l'imitation du processus physiologique, permet d'éviter toutes celles qui sont fâcheuses pour l'utérus.

SCHRADER. *a)* **Des circonstances qui favorisent la rétention des membranes.** Le décollement de l'œuf commence au début de la période de dilatation et continue pendant cette période, aussi longtemps que les membranes restent intactes. C'est, bien entendu, aux dépens du pôle inférieur que s'opère ce premier décollement qui s'arrête avec la rupture de la poche des eaux. Durant la 3e période, le décollement recommence, mais principalement dans la portion la plus élevée de l'œuf. Tel est le processus normal. Or ce processus est troublé dans son évolution quand il existe des déchirures des membranes qui remontent très haut. Pour les prévenir, il convient de rompre de bonne heure la poche des eaux, quand déjà le segment intérieur est aminci et que la dilatation varie de 3 à 5 c. *b*. **Des circonstances qui favorisent la rétention du placenta ou de portions de l'arrière faix.** — La rétention serait favorisée par l'étroitesse de l'aire placentaire ou par les petites dimensions de la portion encore adhérente du placenta, qui n'aurait plus alors la force nécessaire pour opérer le décollement, comme il arrive dans l'avortement, les tentatives prématurées d'expression placentaire, etc., etc. (Cent. für. Gynäk, nos 48 et 49 — 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

*Séance du* 11 *juin* 1887.

*Présentations :* WIDER. — *a*) **Utérus atteint de dégénérescen carcino-sarcomateuse du corps,** hystérectomie vaginale par Guss row. La dégénérescence avait envahi l'organe dans toute s épaisseur, au point qu'on constatait, au-dessous du revêteme péritonéal, un certain nombre de petites nodosités; *b*) **Fœtus ac phale.**

DUVELIUS : **Myome,** en partie sphacélé. Il a été extirpé, par én cléation, de la paroi antérieure de l'utérus. *Guérison sans acciden*

A. MARTIN. Pièces provenant d'une **grossesse extra-utérine**. I laparotomie fut pratiquée, en raison d'accidents survenus brusqu ment et de la plus haute gravité (douleur dans le ventre, perte connaissance, colapsus profond.....), qu'on attribua, avec raiso à la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin. A l'ouverture d ventre, on constata qu'il s'était produit une hémorrhagie cons dérable, 3 litres de sang environ, qui avait eu son origine dar une grossesse tubaire de la trompe droite. Extirpation de l trompe droite et de l'ovaire correspondant. *Mort* 48 *heures apr l'opération.* A l'autopsie aucune trace de réaction inflammatoir tant du côté du péritoine que du moignon.

OLSHAUSEN. **Myome du poids de 12 livres.** — La tumeur offre cet particularité, qu'elle contient un certain nombre de cavités, à co tenu séreux, et constituée par des ectasies de vaisseaux lympha tiques (*lymphangiomes*).

VEIT. — Il a observé durant les suites de couches certaine maladies que depuis longtemps il n'avait pas eu l'occasion d voir, la scarlatine, par exemple. Il demande à ses collègues s'il n'auraient pas recueilli, par ailleurs, des faits semblables.

WYDER a observé récemment, à la clinique de Gusserow, un ca de fièvre puerpérale, qui s'est accompagné d'exanthème scarlatini forme; la femme a parfaitement guéri.

OLSHAUSEN. — Actuellement, n'a relevé qu'un seul cas d'exan thème, type papuleux. La femme a également guéri.

COHN. *a*) **Placenta** provenant d'une primipare âgée de 37 ans. A 6 mois de grossesse, la femme fut transportée à la clinique, parc qu'elle avait des accès d'éclampsie. Urine rare et fortement albu mineuse. Les attaques convulsives cessèrent peu à peu sous l'in

fluence du traitement, sans que l'accouchement se fît. Après 4 semaines de diète lactée, la femme quittait la clinique, ne présentant aucune trace d'œdème. Il n'y avait plus d'albumine dans les urines. A ce moment, on affirma la mort du fœtus. Rentrée à la clinique un mois plus tard, la femme y accouchait spontanément d'un fœtus profondément macéré.

Quant au placenta, il est le siège de lésions très avancées. Il est petit, atrophié, en quelques points seulement le tissu est normal. Partout ailleurs, il est transformé en masses fibreuses. Du côté de la surface utérine on trouve des noyaux de différents volumes, les uns durs, scléreux, les autres d'une consistance tout à fait différente. Il ressort nettement que ces noyaux sont les produits de transformation de caillots sanguins.

*b*) **Placenta** qui provient d'une femme âgée de 35 ans, X pare, 7 accouchements à terme, enfants vivants, 3 avortements avec des fœtus macérés à trois, six et huit mois.

Le 10 juin elle accouche de nouveau d'un fœtus mort. Le placenta est extrait manuellement, il pèse, y compris le cordon, 310 grammes. Il est très aplati et très dur. Un tiers environ de son tissu est normal. Au-dessous de l'ammios, sur presque toute l'étendue du placenta, il existe des cicatrices fibreuses, épaisses. La face utérine du délivre est recouverte d'une caduque sérotine, épaisse, adhérente, presque fibreuse. Toute la substance placentaire est parsemée de noyaux fibreux, du volume d'une cerise à celui d'un noyau de cerise, parfois même miliaires. Ils sont reliés les uns aux autres par une sorte de réseau fibreux qui court à travers le tissu du placenta. Sur des coupes, on constate la présence d'un certain nombre de dépôts calcaires, isolés. On voit en outre, du côté de la surface utérine, des caillots anciens et récents.

*Dans l'un et l'autre cas on a pu écarter avec certitude l'hypothèse de la syphilis.*

**Des affections nerveuses et des opérations gynécologiques** (1). — Le travail de Gnauk a été le point de départ d'une discussion très intéressante et très fournie en faits. Il semble s'en dégager que même et surtout les petites opérations gynécologiques sont assez souvent l'origine de troubles nerveux variés, fort graves parfois. Des observations nombreuses mettent ce point à l'abri de toute

(1) Vid. in Ann. de Gynéc. et d'Obstétrique, p. 466, 1887.

contestation. Il semble y avoir moins d'accord sur la question de savoir si les interventions discutées peuvent déterminer l'éclosion de ces mêmes accidents chez des sujets qui auparavant étaient entièrement indemnes de toute tare nerveuse. En somme la conclusion générale qui paraît découler de cette discussion, c'est qu'il ne faut pas se laisser trop facilement entraîner par le zèle opératoire et qu'il ne faut recourir aux opérations gynécologiques que si les indications en sont formellement établies (Cent. f. Gynäk. nº 29, 1887).

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

*Séance du 23 novembre 1887.*

HERMEN. **De la délivrance par le vagin dans le cas de grossesse extra-utérine.** — Les conclusions de ce travail, basées sur un ensemble de 33 cas, sont les suivantes : 1) Ouvrir, par le vagin, un kyste fœtal extra-utérin, à une époque hâtive de la grossesse, quand il n'y a pas eu encore rupture du kyste, constitue un procédé dangereux et anti-scientifique. En semblables conditions, c'est toujours à la section abdominale qu'il faut donner la préférence. 2) Dès que la rupture s'est produite et quand le but principal est d'arrêter l'hémorrhagie, la section abdominale offre plus de garanties de succès que l'incision du vagin. 3) Quand la rupture a eu lieu et qu'elle s'est déjà compliquée de phénomènes fébriles, les indications de l'incision vaginale sont les mêmes que lorsqu'il s'agit d'une hématocèle développée sous l'influence de n'importe quel autre facteur pathogénique. 4) A terme, ou peu après le terme, tant qu'il n'y a pas de suppuration, il peut se rencontrer un certain nombre de conditions dans lesquelles l'incision vaginale mérite d'être préférée à la laparotomie. 5) Quand le fœtus se présente par la tête, le siège ou les pieds, en telle manière que son extration puisse se faire sans qu'il soit nécessaire de modifier sa position. 6) Lorsque de la minceur des tissus interposés entre le doigt explorateur et le kyste fœtal il ressort que le placenta n'est pas inséré sur la région correspondante de l'œuf, et quand on n'est pas assuré qu'il n'est pas en rapport immédiat avec la paroi abdominale antérieure. 7) Si le fœtus ne peut être extrait par le vagin sans que la version soit exécutée la section abdominale devient l'opération de choix. 8) Il ne faut tenter aucune manœuvre ayant pour but l'extration du

placenta. 9) Le traitement consécutif consistera en fréquents lavages du sac). La suppuration établie, l'ouverture spontanée du foyer de suppuration dans le vagin représente une des terminaisons les plus favorables.

CHAMPNEYS. De la « **laparotomie primitive** » ou de la *section abdominale dans la seconde moitié de la grossesse, le fœtus étant encore vivant.* — L'auteur lit une observation rentrant dans cette catégorie. L'opération fut faite, pendant le 7me mois de la gestation, pour des douleurs persistantes, qui allaient en s'exagérant et se compliquaient d'orthopnée. Le placenta fut abandonné, on essaya de réaliser le drainage mais la plaie se ferma. La caduque fut expulsée le 24me jour. Tout alla bien jusqu'au 32me jour, où apparurent les symptômes du décollement du placenta. La femme succomba, après avoir présenté des phénomènes de septicémie, 11 semaines 1/2 après l'opération. A l'autopsie on constata que le placenta était décollé et qu'il ne s'était pas produit d'hémorrhagie importante.

J. WILLIAMS relate un cas de **grossesse extra-utérine**, dans lequel la section abdominale fut pratiquée la 35e semaine de la gestation le fœtus étant encore vivant. *Guérison.*

M. DORAN montre une série de pièces destinées à faire voir les **diverses modifications subies par le placenta après le terme.** Il relate ensuite l'observation suivante de grossesse extra-utérine. La femme a ses dernières règles en avril 1885. En janvier 1886, douleurs expulsives et métrorrhagie. Le diagnostic n'est pas nettement établi. En avril 1886, laparotomie exploratrice. On tombe sur une tumeur, de mauvais aspect et de coloration rouge, sombre. Une ponction dans la tumeur reste négative. On procède à l'extirpation, au cours de laquelle la tumeur se déchire donnant issue à un fœtus volumineux. Le placenta est hypertrophié. La malade succomba aux suites probablement de lésions de l'intestin.

Ces communications ayant trait à la grossesse extra-utérine ont provoqué une discussion intéressante à laquelle ont pris part K. Thornton, J. Williams, L. Tait, Galabin.

G. HEWITH, Herman, Champneys. (British med. Journ., décembre 1887).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

---

## SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE AMÉRICAINE

XII^e *séance annuelle tenue à New-York, du* 13 *au* 15 *septembre* 1887.

Après le discours de Fordyce Barker qui passe brièvement en revue les travaux de la Société et souhaite la bienvenue à tous, plus particulièrement aux hôtes *invités* (invited guests) étrangers.

Th. A. Emmet lit un mémoire sur **les causes et le traitement des déplacements utérins.** L'expérience de l'auteur lui a montré que c'est l'élévation de l'utérus au-dessus et son abaissement au-dessous d'un certain niveau, qui cause les symptômes attribués jusqu'ici à la version seule. Ce niveau variable avec les sujets, doit être nommé le *plan normal* (Health plane). Emmet a observé, il y a plusieurs années, qu'un pessaire à rétroversion pourvu d'une courbe plus longue que ne l'ont en général ces pessaires est le meilleur instrument pour calmer les symptômes de l'antéversion pourvu que ce déplacement n'ait pas été causé par une inflammation et un raccourcissement des ligaments utéro-sacrés. Cet instrument augmente le degré de la version, il est vrai, mais sert à élever le col et le corps utérins.

Emmet insiste sur les inflammations pelviennes, comme cause des déplacements. Le seul point fixe, dans les organes pelviens, est situé au niveau du col vésical où le ligament sous-pubien fixe l'urèthre. Lorsqu'une traction est exercée sur ce point, la malade perçoit une irritation, et sent le besoin d'uriner.

Aussitôt qu'une femme a un prolapsus suffisant pour redresser les veines tortueuses, celles-ci se dilatent et sont remplies de sang presque stagnant. Tant que le fascia et le tissu connectif sont à l'état sain, les organes pelviens sont normalement soutenus, et la circulation est entretenue par la pression élastique et le soutien que leur donne le tissu connectif. La conséquence la plus sérieuse de la déchirure du périnée est le défaut d'appui de tous les vaisseaux pelviens, et aucune opération ne réussira, si elle ne donne pas l'appui nécessaire aux vaisseaux sanguins.

Les pessaires, qu'il croit fort utiles, quand on sait bien les choisir et les adapter, agissent en supprimant la tension et en rectifiant le prolapsus.

G. Hewitt (de Londres) croit que la pelvicellulite est moins

fréquente en Angleterre, dans sa clientèle du moins, qu'en Amérique, comme complication des déplacements utérins.

La douleur éprouvée par la malade, attribuée par Emmet à la gène circulatoire, Hewittt l'attribue à la compression des nerfs. C'est, selon lui, parce que le pessaire redresse l'utérus et fait cesser cette compression qu'il soulage la malade.

Simpson (d'Edimbourg) ne croit pas que la cellulite soit moins fréquente dans le Royaume-Uni qu'en Amérique; mais les observateurs sont plus ou moins disposés à la reconnaître et à lui donner de l'importance « beaucoup dépend de l'état mental de l'observateur ».

G. Bantock (de Londres) s'exprime dans les même termes.

Emmet, en terminant, recommande le toucher rectal, comme fort important pour le diagnostic.

Busey. — **Colpocystocéle compliquant la grossesse et l'accouchement.** — La colpocystocéle est rare, mais elle est une complication plus fréquente de l'accouchement que de la grossesse. On n'en connaît que 6 cas, Busey les rapporte. Un de ces cas lui est personnel.

Le *traitement* consiste dans l'évacuation prompte et complète de l'urine.

W. Goodell (de Philadelphie) a vu deux cas de ce genre d'affection. L'un pendant le travail, l'autre, quelques jours avant l'accouchement. Dans le premier, Goodell a appliqué le forceps.

**Faut-il sacrifier les trompes et les ovaires, dans tous les cas de salpingite?** par M. W. Polk (de New-York). La salpingite est cette affection qu'on a nommée péritonite et cellulite aiguë, chronique et récurrente. La plupart de cas guérissent, quelques malades, peu nombreuses, succombent, un plus grand nombre restent invalides.

Il n'y a guère qu'un an que Polk n'enlève pas toutes les trompes enflammées. Maintenant convaincu que les adhérences sont la cause de la gravité du mal, et que cette gravité est proportionnelle à leur extension et à leur force, il cherche à les rompre, par l'opération d'Alexander, par l'hystérorrhaphie, ou au moyen d'un tube à drainage. Polk cite 8 cas.

A. Martin, de Berlin, insiste sur la rareté des néoplasmes tubaires. Hégar n'a vu que très rarement la tuberculose des trompes.

Martin a eu 80 fois l'occasion d'opérer dans ces cas, quoique l'occlusion de la trompe soit fréquente (1). On trouve rarement les gonococcus.

T. A. Emmet est certain que les 2/3 des cas qu'on opère aujourd'hui ne seraient opérés dans cinq ans par aucun chirurgien soucieux de sa réputation.

Goodell demande comment on peut faire disparaître le contenu d'un hématosalpinx.

G. Bantock, de Londres, a souvent trouvé dans les trompes une petite quantité de matière caséeuse, que la nature aurait pu faire disparaître. Comme Goodell, il ne croit pas que le traitement indiqué par Polk soit le meilleur, et ne croit pas qu'il soit bon de soutenir l'utérus au moyen d'un tube à drainage.

Sutton, de Pittsburgh, ne croit pas que nous ayons le droit de laisser sans opération une femme qui porte dans le ventre un foyer purulent, pouvant à chaque instant se rompre dans le péritoine.

P. F. Mundé. — **Le drainage après la laparotomie.** L'auteur est surpris de la tolérance des organes abdominaux pour le drain solide. Aussitôt que le liquide devient simplement séreux, il enlève le drain.

Si l'on ne place pas le drain, il faut nettoyer minutieusement la cavité abdominale, et faire l'antisepsie la plus complète.

A. Martin place un drain, lorsqu'il doit laisser une large surface d'aspect gangréneux ou de profondes cavités dans le ligament large.

Bantock l'emploie presque toujours. Il ne faut pas oublier que Bantock n'emploie pas d'antiseptiques, mais se contente d'une propreté minutieuse (*Brit. gyn. journ.*, mars 1887, p. 2).

Gardner, de Montréal, Gill Wylie et Goodell ajoutent quelques mots.

Mundé termine en disant qu'il « n'emploie les antiseptiques que « comme un moyen d'assurer une propreté *parfaite*. Des germes « il ne connaît rien, car il croit que leur influence dans la produc- « tion de l'infection septique est encore *sub judice* ».

(1) Price, de Philadelphie, qui j'espère ne tardera pas à publier sa statistique, estime que les « pus cases » (cas où la trompe renferme du pus) sont très favorables à l'opération; il a eu 48 cas de suite, sans une mort. (A. Cordes.)

C.-B. PALMER, de Cincinnati. — **Valeur de quelques médicaments dans les hémorrhagies utérines.**

*L'ergot* est utile dans les cas où la fibre utérine est relâchée, et les vaisseaux engorgés.

La *digitale* rend des services lorsque la tension artérielle est basse.

Le **chanvre indien** n'est pas fidèle.

Le **bromure de potassium** est très efficace dans les cas d'excitation génésique et d'irritation ou de congestion ovarique (1).

L'*arsenic* a son applicaiion dans les hémorrhagies de la croissance.

L'*acide gallique* a l'inconvénient grave de son volume et des troubles gastriques qu'il cause.

L'*hamamelis* mérite une meilleure place que celle qu'il occupe parmi les hémostatiques. C'est le remède par excellence des hémorrhagies passives de longue durée.

FORDYCE BARKER vante spécialement un mélange d'extrait d'hydrastis canadensis, et d'extrait d'hamamelis.

LLOYD ROBERTS, de Manchester, a trouvé l'ergot particulièrement actif *dans l'intervalle* des règles.

Chez les jeunes filles qui commencent à être réglées, WILSON, de Baltimore, se trouve bien de s'occuper de la santé générale ; aucun hémostatique interne n'a sa confiance dans les pertes utérines.

CHADWICK, de Boston, se loue de la térébenthine de Chio, 30 centigr., 3 fois par jour.

REID, de Liverpool, vante l'alun à la dose de un gramme par jour, et l'eau chaude.

DOLÉRIS, de Paris, lit un travail très complet sur **l'opération d'Alexander**. Doléris fait d'abord l'anatomie et la physiologie des organes pelviens, puis il parle des déplacements justiciables de cette opération qu'il a faite plusieurs fois.

*Discussion :* CORDES, de Genève, REID, de Liverpool, A. MARTIN, de Berlin, LUSK, H. MARION SIMS, C. C. LEE, AUST-LAWRENCE, de Bristol, A. KELLY, de Philadelphie, et GOODELL.

Dans son **adresse présidentielle annuelle**, SKENE, de Brooklyn,

(1) V. *Gazette obst.*, 1874, p. 78, un cas où le bromure a régularisé la menstruation trop fréquente chez une jeune fille. (A. Cordes).

fait une revue sommaire, mais complète de la gynécologie actuelle.

La gynécologie opératoire obtient de magnifiques résultats. Skene entrevoit le moment où la médecine plus avancée, remplacera en partie du moins l'intervention opératoire.

L'hygiène laisse encore beaucoup à désirer; cependant on combat les corsets et les bottines à hauts talons.

L'obstétrique selon lui, étant plus ancienne que la gynécologie proprement dite, est aussi plus avancée.

R. Jackson. — **Des tiges intra-utérines dans le traitement des flexions de l'utérus.** — Les principes *concluants* du traitement sont: la patience, l'observation, la lenteur et la douceur. Jackson commence par noter la susceptibilité de l'utérus, au moyen d'une bougie flexible, à bout olivaire, de plus en plus grosse; introduite tous les jours ou tous les 3 jours, suivant le cas.

Il rapporte 67 cas.

*Discussion* : Ogden de Toronto, Aust. Lawrence, qui sont favorables à ce traitement.

Apostoli. — **Quelques usages nouveaux du courant galvanique en gynécologie. Conclusion.** — L'endométrium est malade dans presque tous les cas de fibrome; l'hémorrhagie sera arrêtée par la cautérisation.

2° La nutrition de la muqueuse étant modifiée, celle du néoplasme l'est aussi.

3° L'introduction de l'un des pôles dans l'utérus, place la partie malade dans le courant.

Dans la métrorrhagie, Apostoli place le pôle positif dans l'utérus; dans les autres cas, il y met le pôle négatif.

Il croit que le courant constant deviendra le principal agent curatif des troubles pelviens.

Chadwick. — **La hernie après la laparotomie. Opération.** La malade dont parle Chadwick est guérie depuis 5 mois.

Battey, de Rome (Georgie). **L'opération de Battey, ces résultats après 17 ans.** 54 cas, 33 guérisons; amélioration considérable, 8; peu d'amélioration, 5; résultat nul, 8; 50 fois la ménopause a été absolue; 4 fois, l'opérée a conservé une pseudo-menstruation.

Battey n'a pas l'intention, comme on le lui a fait dire, d'enlever les ovaires normaux, mais de procurer une ménopause artificielle, peu lui importe le moyen.

*Discussion :* SUTTON, R. JACKSON, SIMPSON, PARVIN, de Philadelphie, LLOYD ROBERTS, POLK, BANTOCK.

A. W. JOHNSTON, de Danville (Kentucky).

*L'utérus infantile.*

1° L'utérus est composé de deux parties, dont les fonctions sont différentes.

2° Le col, le plus exposé, est sujet à des variations dans son développement.

3° La flexion congénitale est souvent due à un arrêt de développement du col.

4° Un arrêt de développement du corps indique presque toujours que le développement de l'endométrium a été entravé.

5° Il n'acquiert pas alors le développement nécessaire à la formation du placenta, et la femme est stérile.

6° L'entrave du développement normal vient probablement de quelque lésion du grand sympathique pelvien.

7° Lorsque le corps est resté très petit, l'élargissement du col ne peut guère faire de bien.

8° Lorsque l'arrêt de développement rend la vie amère à la malade, on doit hâter la ménopause, mais on ne doit le faire que lorsqu'on est sûr que rien autre ne peut être fait.

G. BANTOCK. — **Traitement du pédicule dans l'hystérectomie supra-vaginale.** Voici les conclusions : 1° les ligaments larges peuvent être tellement longs, et les ovaires si faciles à élever, qu'on peut aisément les prendre dans l'anse du constricteur.

2° et 3° On est parfois obligé de lier un ovaire à part, ou tous les deux séparément.

4° Il se peut que la tumeur ait crû entre les plis d'un ligament large de sorte qu'il faille l'énucléer en partie.

5° La tumeur peut être placée si bas dans le corps utérin qu'on soit obligé de la séparer largement du péritoine, avant de pouvoir obtenir un pédicule suffisant.

*Statistique.* — Hystérectomie sus-vaginale, pédicule lié au dehors, 57 cas, 45 guérisons, 12 morts, 5 de maladie rénale, 1 d'entérite aiguë, 2 d'hémorrhagie, 1 de gastro-entérite, 2 de péritonite et de septicémie.

Méthode extra-péritonéale, 13 cas, 13 guérisons.

Énucléation, 2 cas, 2 guérisons.

Méthode intra-péritonéale, 5 cas, 4 morts, 1 guérison.

A. MARTIN fait observer que le danger de faire rentrer le cule vient de l'hémorrhagie ; c'est pourquoi Péan l'a fixé pa épingles. Martin affirme avoir été le premier à se servir du tu caoutchouc pour entourer le pédicule. L'opérée ne perd que le renfermé dans la tumeur.

Martin montre sur le tableau noir, comment il recouv pédicule en cône.

Il ne fait pas l'hystérectomie sus-vaginale dans les fibromes péritonéaux. Il a fait 4 fois l'énucléation chez des femmes encei une fois il a sauvé la mère, une fois la mère et l'enfant.

GARDNER, H. M. SIMS, MANK de Buffalo, recommander méthode intra-péritonéale.

J. B. HUNTER. — **Mort par une cause rare (Dilatation de l' mac après la laparotomie).**

T. PARVIN. — **Importance des antiseptiques dans la pratique c des accouchements.** Parvin présente un sac où il renferme to dont il a besoin.

AUST. LAWRENCE, SIMPSON, L. REID, KELLY insistent sur l lité de l'antisepsie obstétricale.

ELY VAN DE WARKER de Syracuse (New-York). — **La gross extra-utérine en traitement par l'électricité.**

SIMS, CHADWICK, APOSTOLI, MANN croient que cette mét est bonne et sans danger.

F. P. FOSTER, de New-York, recommande de donner des in **tions dans la position de Sims.**

CH. JEWETT, de Brooklyn. — **Traitement de l'éclampsie** pa vératrum viride, proposé par F. Barker, il y a 40 ans (Am. J. o 1887, p. 1039 à 1060).

La session est close par un splendide banquet, qui, pour ne être officiel et ne pas figurer dans les comptes rendus de la Soci n'en a pas été moins cordial et moins charmant et dont les *inv guests* garderont, ainsi que des séances scientifiques, et de l' pitalité américaine, le plus agréable souvenir.

A. CORDES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

*Séance du 4 octobre* 1887.

PRÉSIDENCE DU Dr MUNDÉ

**Fibrome utérin, hystérectomie, mort par septicémie,** par HANKS.

Mme D..., âgée de 53 ans, a eu un enfant, il y a 29 ans; puis 6 fausses couches, toutes avant le troisième mois. Il y a 7 ans, elle commença d'avoir des pertes abondantes, pour lesquelles on lui fit le curage de l'utérus.

Le 23 février, on lui fit la dilatation d'après la méthode de Vulliet; on ne trouva pas de polype.

Le 15 septembre, elle rentra à l'hôpital. Le Dr Bantock fit l'hystérectomie, suivant sa méthode, le 29 septembre, et on trouva une tumeur interstitielle et un polype fibreux intra-utérin.

COE cite le cas d'une femme qui continua de perdre, longtemps après l'enlèvement des trompes et des ovaires. On finit par lui faire l'amputation utérine supravaginale. L'examen de l'utérus, modérément gros, ne put faire découvrir la cause de l'hémorrhagie.

MUNDÉ cite un cas analogue.

TUTTLE raconte deux cas d'hystérectomie, faite une fois pour un sarcome, l'opérée guérit; l'autre fois pour un polype sous-muqueux, la malade succomba.

MUNDÉ. — **Hystérectomie faite pour un épithélioma; récidive moins de 2 mois après l'opération, mort.**

L'auteur a fait 6 fois l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer; sauf une fois, le mal a récidivé dans l'espace d'un an.

MUNDÉ présente aussi les pièces d'un **papillome de l'ovaire,** dans lequel le péritoine était intéressé.

HANKS a vu, la semaine dernière, un cas semblable.

LEE remarque que le papillome a une grande tendance à envahir le péritoine.

COE fait observer que quelques-uns de ces kystes papillomateux sont des kystes du ligament large.

MUNDÉ présente encore les pièces d'une **ovariotomie faite pour la troisième fois chez la même malade.** Cette femme a été opérée par Küstner, en mars 1881, pour plusieurs kystes de l'ovaire droit, puis en novembre de la même année, pour un autre kyste du même

ovaire adhérent et interligamenteux. En mai dernier, elle vint Mundé, pour un troisième kyste qui faisait hernie. Mundé l'o le 6 mai, et trouva un gros kyste, qui semblait venir du ligan large gauche; il contenait un liquide épais, albumineux, et un fi ment d'os. L'opérée se remit.

Répondant à HUNTER, Mundé dit qu'il a fait l'incision dan cicatrice, et que la hernie ne s'est pas reproduite.

LEE croit que nous devons, avant d'opérer, aviser la malade nous pouvons trouver le second ovaire malade aussi, ce qui e son enlèvement. Il cite la statistique d'Olshausen.

Pour HUNTER, les petits kystes de l'ovaire ne deviennent toujours de gros kystomes. Plusieurs fois, il a vu des femmes c rées pour un kyste d'un côté, et présentant un ovaire kystique l'autre, avoir plus tard des enfants.

LEE croit qu'il est le plus souvent dangereux de laisser ovaire kystique.

DIRNER (de Pesth) ne croit pas qu'il faille enlever le sec ovaire, à moins qu'il ne soit fort dégénéré.

HUNTER, répondant à Mc LEAN, dit que, en faisant l'incis dans la cicatrice, on risque de rencontrer une anse intestin adhérente.

TH. A. EMMET : **Absence congénitale du vagin, rétention me truelle; histoire d'un cas après l'opération.** L'auteur a déjà pul en 1866, un cas semblable.

EMMET continue de croire que l'évacuation rapide est la m leure méthode, assez rapide, dit-il, « pour que si les trompes s « distendues par le sang accumulé, le liquide puisse s'écouler av « que la contraction des trompes se produise ».

Il cite Fletcher (LANCET, 13 août 1831) qui commença par fa une incision avec le bistouri, puis, progressivement, se fraya passage, en frappant avec un maillet. Au bout d'une semaine, arriva sur l'utérus. Suivant Emmet, Fletcher aurait pu arriver but en 7 minutes, au lieu de 7 jours. Il remarque que, souve l'utérus ne se développe, et la menstruation ne s'établit c lorsque le passage est fait. Emmet cite encore Amussat (*G méd. de Paris*, 1835) qui employa un temps assez long pour cr un vagin.

L'opération en plusieurs séances, a, de plus, l'inconvénient q les tissus s'enflamment un peu entre les interventions, et qu'il malaisé de les séparer.

Emmet fait un grand lavage utérin avec de l'eau chaude, et emploie le *spray* pendant l'opération. La malade a subi un commencement d'opération en 1876. (Ce cas est rapporté dans *Principes and Practice of Gynecology* de l'auteur, 3e éd., p. 205.)

En juin 1886, la malade vint voir Emmet, le priant de se charger de son deuxième accouchement; le premier ayant eu lieu dans un hôpital, et s'étant terminé par la naissance d'un enfant mort, après un travail qui dura 2 jours. Elle présentait alors une bande de tissu peu dur à égale distance du col et de l'orifice vaginal.

Le travail commença le 23 novembre à minuit. Lorsque la tête porta sur la portion rétrécie, le Dr S. Van Ness, assistant d'Emmet, fit une incision de chaque côté avec des ciseaux. Au bout de 9 heures, la malade était délivrée d'un gros enfant. Elle se remit parfaitement. Le vagin est tellement normal et la muqueuse si naturelle que « je suis certain, dit Emmet, que l'observateur « le plus attentif ne pourrait reconnaître que ce canal est arti- « ficiel. »

Harrison croit que, lorsque l'obstruction se trouve dans le canal du col, il ne faut pas vider rapidement l'utérus.

Lee a vu 2 cas d'évacuation rapide et heureuse. Le plus grand danger vient de la contraction rapide de l'utérus, qui peut produire la rupture des adhérences.

Chambers n'a jamais vu d'accidents causés par l'évacuation rapide.

Balls Headley (de Melbourne), croit que la **rupture des trompes** dans ces cas, est plutôt une coïncidence qu'une conséquence de l'évacuation.

Mundé n'a vu qu'un **cas d'absence du vagin.** La malade n'avait qu'un utérus tout à fait rudimentaire, et pas d'ovaires.

Nilson a fait une fois l'évacuation lente, au moyen de l'aspirateur; le liquide étant putride, le troisième jour il fit une incision, et l'évacua aussitôt. L'opérée présenta de la septicémie, et guérit.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

*Séance du* 1er *septembre* 1887.

PRÉSIDENT DRYSDALE

R.-H. Hamill. **Placenta prævia central.** La malade eut quelques

petites pertes dans le premier et le second mois; puis, au mi du 6e, une forte hémorrhagie, très soudaine, pendant la nuit milieu du 7e, nouvelle perte fort abondante. Le col était un ouvert. Hamill, avec l'aide de Hirst, le dilata, et fit la ver podalique *à travers* le placenta. L'enfant se présentait en vers. L'extraction de la tête fut la seule partie difficile de l'op tion. L'enfant vint mort. La mère fut sauvée.

Longaker fait remarquer que les statistiques les plus favora ne donnent que 40 à 45 0/0 de fœtus vivants. Il croit qu'il ne pas faire l'extraction rapide ; le siège forme un tampon excell Les mères meurent dans la proportion de 10 à 40 0/0.

Hirst. — **Inflammation hyperplasique diffuse de l'endométr décidual** (1).

Hirst présente les pièces d'une **pneumonie aiguë intra-utér** Strachan (*Brit. med. Journ.*, 1886, II, p. 860) et Geyl (*Arch. f. gy* XL, p. 384) en ont rapporté, l'un, 1 cas, l'autre, 3.

Hirst présente encore un **monstre ectromèle**, qui n'a pas fémur gauche, et n'a que 4 orteils à gauche.

Da Costa. **Rapide développement d'un fibro-sarcome utérin.** — 25 juillet, Da Costa enleva la tumeur, longue de 75 millim. et la de 50, qui avait atteint ce volume en 30 jours. Guérison.

J. Price. **Abcès des deux ovaires.** Ces cas ne sont point ra Price en a opéré 4, en 3 mois (2).

Price emploie comme tube à drainage, une sorte de mèche, s'imbibe des sécrétions, et qu'on change 2 ou 3 fois par jour.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE et GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

*Séance du* 1er *avril* 1887.

Présidence de A. F. A. King

Th. E. Mc Ardle. **Périnéorraphie immédiate** (l'auteur a écrit *p mitive*, nom qu'il préfère à *immédiate*, mais qui est moins usuel français). Par suture primitive, il entend la suture faite dans

(1) Sera publiée dans l'*Am. Journ. of Obst.* et résumée, s'il y a lieu, p nos lecteurs. (A. C.).

(2) Price m'a affirmé que la laparotomie réussit particulièrement bien, d les cas de suppuration de l'ovaire. (A. C.)

24 heures qui suivent la déchirure. Il soutient que la déchirure du périnée peut se produire dans la pratique des meilleurs accoucheurs, et affirme que ceux qui déclarent n'avoir jamais eu de déchirure péritonéale ont peu de clientèle ou bien n'ont pas examiné les femmes à la fin de l'accouchement. Peut-être les déchirures deviennent-elles plus fréquentes, par suite de l'augmentation du volume de la tête fœtale, causée par le développement de la civilisation.

Mc. Ardle croit néanmoins que la nature saura adapter le canal génital des femmes du XXe siècle à la grossenr de la tête de leurs enfants. En fait, et pour mille raisons, il y a des périnées qui éclatent. Il n'y en aura plus, disait F. H. Hamilton « quand on pourra faire passer un câble (1) par le trou d'une aiguille ». L'auteur distingue entre les divers degrés de lacération, et cite la classification de Cazeaux. Les déchirures les plus étendues ont guéri spontanément Tarnier en a vu un cas, Huguier 15 ou 20.

Mc Ardle conclut en ces termes : La suture immédiate est rarement une source de danger pour l'accouchée; elle est douloureuse. Quant à la septicémie, le danger peut être augmenté plutôt que diminué par la réunion immédiate. Elle ne nous donne rien de plus que la suture secondaire, car nous pourrons — si la nature ne fait pas tous les frais de la réunion — obtenir un meilleur résultat, par une opération faite au bout de quelques mois, qu'en faisant quelques points sur le champ. Celle-ci peut faire à l'accouchée un meilleur périnée que celui qu'elle avait avant son accouchement. Enfin, que faisaient les femmes déchirées, avant l'invention de la suture ? Un grand nombre de femmes sont déchirées sans en rien savoir.

Pour G. W. Johnston, les déchirures du sphincter anal et d'une partie de la cloison recto-vaginale doivent être suturées sans délai. Quant aux lacérations peu étendues, Johnston ne croit pas qu'il soit *nécessaire* de les coudre immédiatement. Le repos, le décubitus dorsal, la propreté peuvent suffire à la réunion sponta-

---

(1) J'ai à dessein mis un *câble* et non un *chameau*, adoptant ainsi la version de ceux qui croient à une erreur de copiste, κάμηλος au lieu de κάλως) ; car il n'y a aucun rapport entre un chameau et le trou d'une aiguille. Il y avait pourtant, dit-on, à Jérusalem une porte basse appelée le trou de l'aiguille (A. C.)

née. Il ne croit pas que la plaie traitée par l'antisepsie puisse ét une porte d'entrée pour l'infection.

La suture immédiate a peu de chance de réussir, lorsque la pla périnéale est contuse.

H. D. Fry est partisan de l'opération immédiate, quoiqu'e soit douloureuse, pour les raisons communément mises en avant.

Quoiqu'il pense, avec Emmet, que le périnée ne supporte p l'utérus, sa déchirure, non recousue immédiatement, cause défaut d'involution du vagin, qui amène plus tard le prolaps utérin.

Les sutures profondes, dans son expérience, réussissent 9 fo sur 10.

Prentiss a cru, jusqu'ici, qu'on ne manquait jamais une occ sion d'opérer, fût-ce la plus futile, et que l'opinion générale est faveur de l'opération immédiate. Il la fait, sauf lorsqu'il y a m nace de gangrène, et ce qui vient d'être dit n'ébranle point conviction.

Dawson, de New-York, parle d'une épidémie de fièvre puerp rale, dans un hôpital de New-York, du temps de son prédécesseu qui ne suturait pas les périnées tout de suite. Lui, Dawson, l recoud, mais avec le plus petit nombre possible de points. Et il n pas eu de cas de mort par fièvre puerpérale, « parce qu'il a fern « une des plus larges avenues ouvertes à l'infection ».

Ford Thompson trouve qu'on n'a pas encore apporté de bonn raisons contre l'opération immédiate.

Il faut ne pas se borner à recoudre la peau, il faut réunir aus la muqueuse.

Puis, au moment de l'accouchement, la femme se laisse plus vo lontiers opérer que plus tard ; alors elle souffre longtemps, sa oser chercher les secours nécessaires.

Busey est partisan de la suture immédiate ; la nature, laissée elle seule, ne fait jamais aussi bien que lorsqu'elle est aidée pa l'art.

Quoiqu'il ne croie pas que l'anesthésie dispose à l'hémorrhagi il n'opère pas avant que l'accouchée soit réveillée. Mais il ne sutu pas les déchirures de la fourchette.

Acker, favorable à la réunion immédiate, en reconnaît cepen dant les difficultés : le défaut d'un bon éclairage et d'assistant adroits, etc.

Fry croit qu'on peut opérer même au bout de 24 heures, et il attend quelques heures, pour laisser le gonflement des parties diminuer.

*Séance du* 15 *avril* 1887.

Présidence du Dr A. F. A. King

H. M. Cutts. — **Le décubitus genu-pectoral dans la version difficile.** Deventer serait le premier qui l'ait conseillé dans la version ; puis Smellie, 50 ans après; Bard fut le premier américain qui ait écrit à ce sujet, et Shippers le premier américain (*Am. Pract.*, 1877, vol. 15, p. 26) qui ait enseigné à s'en servir.

Maxon le recommande pour la version céphalique, et il rapporte un cas où, ayant fait placer la parturiente dans cette position, pour réduire le cordon, il fut surpris de constater que la position du fœtus avait changé, et que la tête s'engageait.

Parmi les avantages que présente cette position, les principaux sont: que la partie qui se présente, entraînée par la pesanteur, s'éloigne du détroit supérieur ; que la femme ne peut pas *pousser ;* que les eaux risquent moins de s'écouler.

Cutts cite 17 cas à l'appui de son opinion.

Fry, tout en faisant un grand éloge du mémoire de Cutts, fait quelques objections à ses conclusions.

---

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du* 15 *juillet* 1887.

Présidence de Ch. W. Earle

W. W. Jaggard présente **un œuf entier âgé de 5 mois.**

F. B. Weston présente les pièces d'une **hystérectomie, faite pour un cancer du col.** L'opérée mourut au bout de 6 jours.

Il présente encore un **morceau de la lèvre postérieure du col d'une femme qui l'a arrachée elle-même.** Jaggard, avec l'aide d'Etheridge, a achevé la section. La malade, enceinte de 6 mois, n'a pas avorté. Elle avait eu d'abord l'intention de se faire l'opération césarienne,

**Importance du palper dans le diagnostic obstétrical** par J. C. Hoag (1).

---

(1) **Les points principaux de ce mémoire se trouvent dans le travail de**

WAXHAM avoue que les résultats que lui a donnés ce palper sont peu satisfaisants, vu le peu d'habitude qu'il en a.

H. T. BYFORD se loue beaucoup du palper qui a, sur le toucher, l'avantage considérable d'être moins infectant.

MERRIMAN est partisan de ce procédé.

J. H. ETHERIDGE se demande si, une femme étant morte d'une fièvre puerpérale entre les mains d'un accoucheur qui l'aurait *touchée*, ce médecin ne pourrait pas être traîné devant un tribunal. Il engage donc la Société à ne pas donner son approbation trop absolue à ce mode de procéder, dont l'application, pour donner de bons résultats, demande « une certaine expérience, et d'excellents instructeurs ».

JAGGARD dit que Winckel, Halbertsma, Breisky et Litzmann font presque tous leurs diagnostics par le palper seul, et ne permettent le toucher que dans des cas exceptionnels.

EARLE, ETHERIDGE, MERRIMAN et JAGGARD ajoutent quelques remarques en faveur de ce procédé.

EARLE lit un mémoire sur l'**Hôpital général de Vienne et les cliniques de Billroth, C. Braun, Bande** et d'autres (1).

(Résumé, d'après l'*Am. Journ. of Obst.*, 1887, p. 1184 à 1213, par A. CORDES.)

---

# REVUE DES JOURNAUX

**De la pathologie et du traitement de l'avortement** (zur Pathologie und therapie des Abortus), A. DUHRSEN, médecin assistant à la Policlinique obstétricale de la Charité de Berlin. — Interventionniste résolu, l'auteur apporte en faveur de l'intervention, les résultats obtenus dans 122 cas qu'il a observés et traités lui-même. Sur ces 122 cas, il y a eu deux morts. L'auteur, après avoir relaté ces deux dernières observations, fait remarquer qu'on ne saurait en aucune manière rapporter les deux terminaisons malheureuses à l'intervention elle-même. L'une des deux femmes, chez laquelle il

---

Mundé, inséré dans l'*Am. J. of Obst.*, 1879 et 1880. (Editeur de l'*Am. J. of Obst.*) Pour nos lecteurs, dans le mémoire bien connu de Pinard (A. C.).

(1) Ce mémoire, dit l'éditeur de l'*Am. Journ. of Obst*, ayant paru comme mémoire original dans plusieurs journaux, ne sera pas publié ici. (A. C.)

avait pratiqué en ville le curettage de l'utérus, présenta des signes d'intoxication par l'acide phénique (injections phéniques). De plus, comme elle se trouvait dans des conditions de milieu tout à fait défectueuses, il lui conseilla d'entrer à la clinique de la Charité. Après avoir accepté cette proposition, elle changea d'avis et fit appeler un autre médecin, de sorte que le traitement consécutif ne fut pas parfaitement régulier. En ce qui concerne la seconde femme, sa situation, avant l'intervention, était à peu près désespérée. « Gellner, 35 ans, IV pare. Trois accouchements normaux. Depuis huit jours, fièvre et hémorrhagie. Dernières règles, il y a trois mois. Température, 40°,6; P. 120, petit. Prostration très grande. Utérus atteignant l'ombilic, offrant une consistance élastique. Canal cervical complètement fermé, écoulement utérin absolument fétide. *Opération.* Anesthésie. Aux premières inhalations de chloroforme, menaces d'asphyxie. Respiration artificielle. Introduction pénible du doigt dans la cavité utérine; curage de cette cavité partie avec le doigt, partie avec la curette; irruption de gaz de l'utérus. Perte de sang faible. Lavages phéniqués (3 p. 0/0); Stimulants, éther. Mort, une heure après l'intervention.

Une femme présenta durant quatre semaines des accidents de périmétrite; une deuxième pendant huit jours souffrit d'une paramétrite légère; une autre enfin eut, deux jours durant, un écoulement fétide et de la fièvre. Quant aux 117 autres femmes, même celles qui au moment de l'intervention étaient sous le coup d'accidents de septicémie, elles eurent, toutes, des suites de couches tout à fait régulières et absolument apyrétiques.

En terminant, l'auteur rappelle que déjà il a été publié sur la pathologie et le traitement de l'avortement, un travail s'appuyant sur des statistiques plus considérables que la sienne, dressées également avec des faits recueillis à la clinique de la Charité de Berlin. Lechler (1) a rassemblé en effet dans sa thèse 520 cas, observés de l'année 1880 à l'année 1883. Dans la moitié de ces cas, on eut recours au curage manuel. Or, de toutes ces femmes trois furent emportées par des maladies intercurrentes, une seule succomba aux suites mêmes de l'avortement.

Quant au procédé d'intervention appliqué par l'auteur, c'est un procédé mixte qu'il résume de la manière suivante : *extraction*

(1) Pathologie und Therapie des Abortus. 1883. Berliner Dissertation.

*manuelle du sac ovulaire limité par la caduque sérotine par la caduque réfléchie ou après la rupture de l'œuf, de c enveloppes seulement, et extraction à l'aide de la curette de caduque vraie.* Dans les deux premiers mois la curette suffit.

Tel est l'ensemble des faits sur lesquels repose ce travail. Ma l'auteur entre en outre dans un certain nombre de considératio fort intéressantes. Voici, en élaguant tous détails, le plan de s étude.

*Dans l'évolution de l'avortement, naturelle ou aidée du tam ponnement, la rétention de la caduque vraie n'est pas l'ex ception, c'est la règle.*

Pour expliquer la fréquence de cette rétention, l'auteur s'attach à bien mettre en relief à quel moment et suivant quelle directio s'opère le décollement de la caduque vraie. Or, de l'analyse d signes objectifs qu'il a relevés, il conclut que *dès le début de contractions, c'est la sérotine qui se décolle, que seulemen alors la caduque vraie se détache, et de haut en bas.*

Les choses se passant de la sorte, il est aisé de concevoir qu sous l'influence des contractions et du tiraillement que lui fa subir la portion détachée et relativement lourde de l'œuf, la cadu que vraie cède et qu'en conséquence elle reste, en partie du moins adhérente à l'utérus, d'où la possibilité d'hémorrhagies et d'acci dents septicémiques.

D'ailleurs l'examen attentif de l'œuf et le curage explorateu mettent hors de conteste la fréquence de cette rétention.

Notion importante, de laquelle se dégage une thérapeutiqu rationnelle qui doit avoir pour but d'empêcher la rétention de l caduque vraie et, par contre coup, de prévenir les accidents indi qués.

L'auteur entre ensuite dans l'analyse des circonstances qui l'on conduit à adopter dans l'extraction de l'œuf, l'usage combiné du doigt et de la curette.

Il expose en outre les résultats fournis par les examens mi- croscopiques, résultats d'où il tire les conclusions suivantes

1) *Dans l'avortement, la curette détache le caduque vraie au niveau de la même couche suivant laquelle s'effectue la sépa ration au cours de l'avortement naturel.*

2) *La séparation s'opère non comme Longhans le proclame, au niveau de la couche alvéolaire superficielle, mais au ni- veau de la couche profonde.*

3) *Tant que la caduque vraie et réfléchie ne se sont pas soudées, les contractions détachent d'abord la sérotine. Alors seulement, l'œuf, par sa descente progressive, détache mécaniquement la caduque vraie de la paroi utérine.*

4) *Ce processus, malheureusement, reste souvent inachevé, car des portions de la caduque vraie, étroitement adhérentes à l'utérus, se déchirent et restent dans la matrice* (Arch. f. Gynäk, p. 161 à 192, 1887).

---

**Des processus hémorrhagipares chez les femmes enceintes et récemment accouchées. (Ueber hämorrhagische erkraukungen bei Schwangeren und Wocherinnen,** WIENER (Breslau). Ce sont deux faits cliniques, qu'en raison de leur rareté, nous reproduisons *in extenso*, qui ont été le point de départ de cette étude très détaillée. Déniant toute prétention d'apporter par ce travail quelque lumière sur des questions encore fort obscures, l'auteur se préoccupe d'abord de prouver, en rappelant quelques observations analogues aux deux qu'il rapporte, qu'on s'est peut-être trop empressé de leur donner une étiquette clinique qui ne leur convient nullement. Il reste au sujet de ces « Maladies hémorrhagipares » une foule de questions à résoudre et il y a lieu de diriger l'attention des médecins dans cette direction. Voici d'abord les 2 observations relatées par Wiener ;

OBS. I. — D..., âgée de 24 ans, aubergiste, d'une bonne santé habituelle, de forte constitution, Ipare, menstruation régulière, médiocrement abondante, durant 4 jours. Mariée depuis 8 mois, enceinte depuis 6 environ. Pendant la grossesse, santé excellente. Le 25 mars 1887, elle fut prise de violentes douleurs *lombaires*. On appela une sage-femme. Il n'existait aucun symptôme indiquant un commencement de travail, pas de contractions utérines, pas de modifications du col. Le 26 mars, vers 9 heures du matin, la sage-femme constata que le col était dilaté. A 2 heures de l'après-midi, l'accouchement se fit rapidement. Le 27 mars, dans la soirée, l'enfant mourait, sans doute, par suite d'un défaut de vitalité. De l'avis de la sage-femme, la délivrance fut normale. Pas d'hémorrhagie considérable. Mais, même après l'accouchement, les douleurs lombaires persistèrent. Dans la même après-midi, la face aurait été plus rouge que d'habitude. Le 27 mars, au matin, la rougeur scarlatiniforme avait de la face envahi le cou. Il existait en outre des taches semblables à des piqûres de puce. Dans la soirée il y eut évacuation d'urine sanglante, bien qu'à 4 heures, cette même après-midi, l'urine fut parfaitement claire. *Sensorium* toujours intact. Maximum thermique dans la journée, 38°,4. Le 28 mars : Douleur de tête violente; *Sensorium* libre. La face, le cou et le tronc sont le siège d'un

érythème scarlatiniforme. On voit en outre une infinité d'épanchements s guins, circonscrits, punctiformes, de la grosseur d'une lentille à celle c pois, ayant une coloration rouge jaunâtre, nombreux surtout dans la rég meso et hypogastrique. Ecchymoses conjonctivales bulbaires, très accu et des deux côtés; salive sanglante, hématurie abondante (cathétérisn Langue couverte d'un enduit épais, crémeux, grisâtre, principalement les bords. Gencives fongueuses; muqueuse buccale et pharyngée norma Poumons et cœur sains; foie de dimensions normales; rate non hypert phiée. Ventre météorisé, tympanique ; pas de fluctuation. Appareil géni d'aspect normal. Muqueuse du vestibule et de l'orifice vaginal, siège d' suffusions anguine ; périnée intact, utérus suffisamment contracté, non doul reux à la pression, paramétrium libre, etc. Lochies sanguinolentes pas t abondantes, dépourvues d'odeur. T. 38°,2 ; P. 88, dépressible, pas très pe

La malade meurt à 11 heures du soir, après avoir eu plusieurs gar robes sanguinolentes. Les taches hématiques avaient en dernier lieu p une teinte sombre. Le *sensorium*, jusqu'à 1/4 d'heure avant la mort é resté absolument libre. A ce moment, la malade bredouille quelques m et succombe après une courte agonie. *L'autopsie fut refusée.*

Sauf son peu de vitalité, l'enfant qui avait 28 à 30 semaines, n'offrait ri d'anormal; pas la moindre trace d'exanthème, d'ecchymoses....

14 jours avant la mort de cette femme, sa sœur, qu'elle allait voir, ét morte elle-même, à la suite d'un accouchement et de la même maladie.

Voici l'observation :

Obs. II. — G..., 32 ans, forte, d'une bonne santé habituelle, IV pare. Me truation durant de 10 à 12 jours, toujours assez abondante. Dans aucun c accouchements antérieurs, il ne survint d'hémorrhagie. La grossesse tuelle est entre le 5e et le 6e mois, Prise de douleurs de tête le 6 mars, malade attribue cette indisposition à un écart de régime. Mais comme 7 mars, à la céphalalgie viennent s'ajouter des vomissements, des doulet *lombaires* et dans la région du foie, on fait venir une sage-femme qui ap examen, déclare que tout est dans l'ordre. Le 9 mars, les douleurs pers tent, et bien que la femme présente un aspect florissant, la région hépatiq est très sensible à la pression, le foie déborde par en bas les fausses côt la langue est recouverte d'un enduit épais. Rate non augmentée de volum Poumons et cœur normaux. Le col a encore toute sa longueur ; l'orifi externe, par suite d'une déchirure profonde située à gauche, est béan Paramétrium libre. T. 39°, 8 ; P. 100. Traitement : Antipyrine. 4 gr., purgat fomentations chaudes sur la région hépatique.

Le 10. — Aux bras, sur la poitrine se montrent des taches, de form variées, atteignant les dimensions d'une lentille, en partie confluentes, pr rigineuses, jaune rosé.

9 h. M. T. 39° 8. P. 100.

5 h. 1/2 S. T. 40°, 2 ; P. 104.

Le 11, 9 h. 1/2 M. T. 38° ; P. 92. — L'œil droit présente une suffusion sanguin

de la conjonctive bulbaire, urine sanglante, salive brunâtre. La détermination cutanée s'est étendue à la face, au cou, à la poitrine, aux membres inférieurs et à l'abdomen, on dirait d'un exanthème hybride de scarlatine et de rougeole; dans la journée, la coloration s'accentue à l'abdomen, sur les muscles inférieurs où elle devient violacée.

A 11 heures du matin, accouchement d'un fœtus mort, âgé de 5 à 6 mois. Expulsion du placenta une demi-heure environ après l'expulsion de l'enfant, hémorrhagie assez abondante qui ne peut être arrêtée que trois quarts d'heure après malgré la compression énergique de l'utérus, etc. Perte de sang, à peu près 3/4 de litre. Application de tampons glycérinés, ergot de seigle... A 8 h. 1/2 du soir, en raison de l'agitation de la malade, injection de morphine qui une demi-heure après amenait le sommeil. Vers 2 h. 1/2 du matin, la malade était sans connaissance. Respiration stertoreuse, pouls défaillant... Malgré les injections d'éther et les excitations cutanées, la mort survient à 3 heures.

En résumé, voilà deux sœurs qui, à 17 jours environ de distance, meurent dans des conditions à peu près identiques. Enceintes toutes les deux et arrivées presque à la même époque de la grossesse, elles ont succombé à une maladie dont les principaux phénomènes prodromiques ont été des *douleurs lombaires*. Puis, est apparue une détermination cutanée, à morphologie douteuse, mais caractérisée par la multiplicité des extravasations sanguines; les hémorrhagies se sont du reste produites sur différents points (taches purpuriques, ecchymoses conjonctivales, salive, garde-robes sanglantes, hématuries.....). L'évolution de ce processus, qui dans les deux cas, a été fatal, et s'est accompagné d'une élévation de la température qui a présenté un écart, considérable il est vrai, chez les deux malades, a été extrêmement rapide, 3 à 5 jours. Chez les deux sœurs, l'expulsion spontanée et prématurée du produit de la conception a eu lieu spontanément, mais il est à remarquer que les *prodromes ont précédé tout début de travail*. L'une des femmes n'a ressenti les premiers symptômes de son mal que 14 jours après la mort de sa sœur qu'elle visitait durant sa maladie. A quel processus a-t-on eu affaire ?

Vraisemblablement à une maladie générale, contagieuse, ayant sa période d'incubation. Mais quelle dénomination lui donner? La réponse est délicate.

On a eu jusqu'à présent une tendance trop grande à considérer les divers processus hémorrhagipares, dont la pathogénie et la nature présentaient quelque obscurité, comme autant de cas d'hémophilie ou de maladie de Werlhoff, pour n'avoir pas rangé

sous une même étiquette bon nombre d'affections absolumen différentes. Ici, l'histoire des antécédents héréditaires, personnels les commémoratifs, l'évolution clinique de la maladie, font immédiatement écarter semblable hypothèse.

Faut il mettre en cause un exanthème aigu hémorrhagique (variole, scarlatine, rougeole) ?

On a dit que la grossesse créait parfois une sorte de diathès hémorrhagique (Kehrer, Spieglberg...) et l'on sait que les fièvre éruptives, la variole, la scarlatine..., prennent souvent, sous l'influence de la gestation, le type le plus grave. Après un diagnosti différentiel très minutieux, au cours duquel l'auteur étudie d'un manière toute spéciale la scarlatine dans ses rapports avec l grossesse et les suites de couches, il déclare qu'*en raison des fortes douleurs lombaires (rachialgie), de la généralisation de l'érythème, de la multiplicité des extravasations sanguines, particulièrement nombreuses au niveau de la portion inférieure de la paroi abdominale, de l'absence de tuméfaction de la rate et du foie — cependant chez l'une des deux femmes le foie parait avoir été augmenté de volume — qu'en raison aussi de la marche rapide de la maladie, suivie bientôt de l'expulsion prématurée du fœtus, il croit, malgré le défaut de produits diphthériques pharyngés, qu'il s'est agi chez les deux sœurs d'un purpura viariolique.*

Il consacre ensuite quelques lignes à l'endocardite ulcéreuse qui, elle aussi, peut provoquer des hémorrhagies multiples, et s'arrête un peu plus longuement sur cette opinion émise par Céci (1), qu'il existe un certain groupe d'infections bacillaires, spécialement caractérisées par l'abondance des hémorrhagies.

En résumé, les différents processus morbides, hémorrhagipares, qu'on observe chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, sont encore entourés de beaucoup d'obscurité. Aussi, importe-t-il de recueillir avec soin tous les cas qui se présentent, et de s'efforcer, en s'aidant de l'observation clinique, de l'anatomie pathologique, et des recherches bactériologiques, d'élucider les points restés obscurs. (Archiv. f. Gynäk., p. 281, 313.)

(1) Ueber hämorrhagische infection « Arch. f. exp. Path. und Pharmacologie, 1881, Bd. XIII, § 461.

*Le Gérant :* A. LEBLOND.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## DES ABCÈS MULTIPLES CHEZ LES NOURRISSONS

Par le Dr Albert **Roulland** (de Niort).

On trouve peu de détails, dans les auteurs spéciaux, sur la multiplicité des abcès qui peuvent atteindre les tout jeunes enfants. Leur rareté relative paraît en être la cause. Encore cette rareté n'est-elle pas admise par tous les écrivains ; et si Billard avance que « les collections purulentes multiples sont rares chez les nouveau-nés », si les manuels de Vogel, de Steiner se taisent sur ce point, si d'Espine et Picot ne consacrent pas de chapitre spécial à cet accident de l'enfance, on trouve par contre dans Henoch, on trouve dans Bouchut des passages assez complets dans leur concision.

Hénoch reconnaît que l'abcédation du tissu conjontif est particulièrement prononcée dans les premières années de l'enfance. « Je veux parler, dit-il, des abcès multiples qui se développent simultanément ou successivement en plusieurs points du corps, sans cause appréciable et qu'il faut, pour cette raison, considérer comme l'expression d'une

diathèse » (1). Plus les enfants sont jeunes et plus les abcè sont fréquents.

Nous allons donc étudier ici cette variété clinique de abcès multiples qui, sous l'influence d'une cause reconnu ou non, peuvent se montrer sous tous les points du tégu ment ; écartant ainsi, de parti-pris, tout cas de suppurs tion locale et restant locale, de même que tout cas de suppu ration multiple, mais profonde ; nous nous limitons au abcès multiples du tissu cellulaire sous-cutané.

A quoi tient en général cette manifestation abcédeuse Comment expliquer ces foyers purulents ?

Bouchut les a rangés dans trois catégories étiologiques « Trois diathèses peuvent donner lieu, d'après ce que j'ai vu à la formation d'un plus ou moins grand nombre d'abcè du tissu cellulaire sous-cutané chez les enfants : la diathès puerpérale, la diathèse scrofuleuse et la diathèse syphili tique » (2).

Et pour étayer chacune de ses divisions, il rapporte le cas suivants que nous rappelons en les résumant.

Obs. I. — *Abcès sous-cutanés multiples du nouveau-né, suit d'érysipèle puerpéral.*

Une fille de cinq semaines, née à terme et dont la mère étai morte de fièvre puerpérale au 15e jour, avait teté sa mère les hui premiers jours. On suspend et 8 jours après, érysipèle ambulai qui guérit et produit une semaine après environ dix abcès succe sifs au bras, au ventre, au coude, au genou, à la mamelle, sur l pied, etc. On les incise ; il en revient d'autres un peu partout. A troisième mois l'enfant guérit, mais est très chétive.

Obs. II. — *Abcès multiples scrofuleux d'une enfant de* 11 *moi*

Une enfant lymphatique, très grosse, très grasse avait des abc gros comme une noisette à la joue, sur le front, sur les reins, au

(1) Hénoch. *Maladies des Enfants*, p. 678.
(2) Bouchut. *Gazette des Hôpitaux*, 1876, n° 89.

cuisses, à la fesse et aux jambes; quelques-uns des abcès incisés restent fistuleux et sécrètent un liquide séreux, clair, roussâtre avec un orifice violacé. Le régime tonique, l'huile de foie de morue et les bains salés guérissent ces abcès en six mois.

Obs. III. — *Abcès multiples sous-cutanés, suite de syphilis constitutionnelle chez un enfant de six mois.*

Un enfant de six mois, ayant eu des manifestations évidentes de syphilis, présente à six mois des tumeurs dures, élastiques, indolentes, sans changement de couleur à la peau et siégeant au bras et à la main, au front et dans le cuir chevelu. Ces tumeurs se ramollirent et se remplirent de pus; on les incisa. Au front l'os était à nu. Leur suppuration fut longue et ne guérit que par l'iodure de potassium.

L'auteur, dans les commentaires qui accompagnent ses observations, ajoute à propos de la première : « chez les enfants dont la mère a été atteinte de fièvre puerpérale ou qui eut un érysipèle peu de jours après la naissance, il faut admettre une septicémie de puerpéralité dont la clinique fournit de nombreuses preuves ».

Certainement, mais pourquoi parler alors de diathèse puerpérale, ce qui ne signifie rien. Bientôt, et au sujet de cas tout à fait différents, nous parlerons de ce que l'on a appelé la diathèse purulente ; nous verrons ce que l'on a entendu par là et comment il faut le comprendre. Mais invoquer la diathèse puerpérale est un étrange abus de langage. Mettons à la place le terme de septicémie, d'infection et nous aurons moins de danger de nous égarer qu'avec cette expression si indécise de diathèse.

Cela mis à part, il est facile de comprendre que toute infection septique peut produire des abcès multiples. Les migrations des colonies bactériennes faciles dans le tissu cellulaire, leur tentative d'élimination par la peau les accumulent dans les téguments et leur présence plus nombreuse en certains points y détermine la production de foyers suppurants. La chose est encore plus aisée à concevoir lorsque

la cause est une inflammation même de la peau, comme dans l'érysipèle.

C'est ainsi que, dans une observation de Fredet (1), un enfant de douze jours eut un érysipèle très étendu du tronc, produisant du sphacèle des bourses, puis des abcès nombreux aux membres inférieurs. L'enfant guérit.

N'insistons pas davantage sur cette classe d'abcès multiples ; elle nous paraît moins digne d'intérêt que celles dont nous allons nous occuper.

La *syphilis héréditaire* qui se traduit par tant de manifestations diverses chez les jeunes enfants, s'accompagne fréquemment d'un cortège d'abcès. Ils apparaissent à partir du deuxième mois environ et sont très fréquents du troisième au neuvième. Ces abcès sont ordinairement petits, assez voisins les uns des autres et occupent essentiellement le dos et surtout les lombes, ainsi que les fesses et les parties postérieures et externes des cuisses. Durs à leur début, ils sont facilement confondus avec des gommes. Mais si on les laisse s'ouvrir spontanément, ils donnent issue à un pus véritable, épais, quelquefois un peu sanguinolent ; pas de sécrétion gommeuse postérieure ; pas de cavité anfractueuse, pas de peau déchiquetée comme dans la gomme. A cette période on ne peut reconnaître qu'un abcès et pas autre chose. Du reste la marche de l'affection vient à l'appui de ce diagnostic. Ouverts par l'instrument tranchant ou spontanément, l'application d'un simple pansement antiseptique suffit pour obtenir la guérison en assez peu de temps. Il reste toutefois une cicatrice qui persiste, un peu déprimée, entourée d'une zone un peu plus foncée et qui fait se demander, alors que la guérison est complète, quelle lésion a existé en ce point, abcès ou gomme ?

En fait, quelle est la nature exacte de ces abcès ? Pour venir chez des syphilitiques, méritent-ils le nom d'abcès syphilitiques ? Sont-ils absolument spécifiques, comme telle

(1) FREDET. *Gazette des hôpitaux*, 1874, p. 690.

exostose, telle syphilide, telle gomme? Ou bien, la syphilis crée-t-elle seulement un terrain de déchéance favorable à la suppuration, ainsi que pourrait le créer l'athrepsie, par exemple, ou la scrofule? « Les abcès multiples, dit Hénoch, se rencontrent de préférence chez les enfants qui sont atrophiés ou tuberculeux. » Or il est incontestable que la plupart des jeunes syphilitiques chez lesquels nous avons noté des abcès nombreux étaient dans un mauvais état général, avant même l'apparition de tout foyer purulent.

Certes, l'influence de cet état général n'est pas niable. Mais est-il le seul à considérer?

Nous ne le croyons pas. Il y a autre chose qu'une prédisposition morbide, autre chose qu'un terrain préparé; nous sommes persuadé que la syphilis agit là d'une manière directe, qu'elle imprime à cette manifestation son cachet spécial et qu'on a affaire, dans ces cas, non pas seulement à des abcès chez des syphilitiques, mais bien à des abcès syphilitiques. Ce qui tendrait à le prouver, c'est que dans deux cas rebelles que nous avons observés, l'administration du traitement spécifique a très rapidement hâté la guérison des foyers existants et manifestement arrêté la poussée abcédeuse.

Nous arrivons enfin à la troisième variété indiquée par Bouchut et reconnue par tous les auteurs, celle des *abcès scrofuleux*. Ceux-ci sont beaucoup moins précoces que les précédents. On ne les rencontre guère avant huit mois et c'est de huit à quinze mois qu'ils se montrent principalement.

Les tumeurs multiples qu'ils forment siègent de préférence sur la face, le cou, les membres.

Arrondies, sphériques ou obliques, elles n'adhèrent ni aux couches profondes de la peau ni à la face supérieure des aponévroses. Dures au début, elles présentent après un certain temps une fluctuation plus ou moins manifeste, en même temps que la peau, d'abord incolore, devient rose, jaunâtre, violacée. Puis enfin, la peau se perfore d'un ou

plusieurs orifices qui se réunissent ensuite en une ouverture plus large, laissant s'échapper du pus sanguinolent et, à un moment donné, un bourbillon caséeux, filamenteux. Une fistule s'établit, qui dure plusieurs semaines au minimum, après quoi des bourgeons charnus apparaissent au fond de la plaie. La surface cicatricielle, saillante ou déprimée suivant les cas, n'offre pas les difformités qui résultent des abcès froids ordinaires.

Le véritable nom de ces abcès est celui de gomme scrofuleuse ; Brissaud et Josias y ont montré la présence de tous les éléments des tubercules.

Sur quoi se baser pour attribuer à ces abcès une origine scrofuleuse? Y-a-il des stigmates suffisants pour nous faire dire d'un nourrisson de cinq à dix mois, qu'il est scrofuleux ?

Oui, dans un certain nombre de cas et l'entité clinique scrofule peut s'épanouir chez les tout jeunes enfants de plusieurs façons. Ce sont ces scrofulides des muqueuses portant sur les conjonctives et s'éternisant malgré le traitement, produisant d'autre part des otorrhées rebelles, des coryzas persistants, plus rarement de la stomatite, de la vulvite, de la balanite. Chez d'autres sujets, on observe ces impétigines du cuir chevelu que l'on appelait, au temps de Lalouette, des croûtes de lait, et que l'on désigne communément sous le nom de gourmes ; ou bien encore ces scrofulides boutonneuses telles que le strophulus, l'érythème papuleux du dos des mains, etc., etc.

Voilà un ensemble de phénomènes qui impose en quelque sorte la dénomination de l'abcès.

Mais il n'en est pas toujours ainsi ; toutes ces manifestations de la scrofule peuvent manquer et quand on voit se succéder chez un nourrisson un nombre plus ou moins grand de foyers suppurés, on se demande à quelle source les rapporter.

Faudra-t-il, malgré cela, rechercher la présence de la scrofule dans les chairs molles de l'enfant, dans son teint plus ou moins délicat ? Et si on ne l'y trouve pas, faudra-t-il

dépister un antécédent de scrofule ou de lymphatisme chez les parents ? Et si on ne l'y trouve pas, faudra-t-il l'admettre quand même dissimulé ou avoué, ainsi que le veut Bouchut ? Il y a des cas vraiment embarrassants et je crois, pour ma part, que les faits suivants s'accommodent malaisément d'un cadre si resserré, véritable lit de Procuste.

Obs. IV. — *Abcès multiples de cause inconnue chez une enfant de cinq mois.*

La jeune Ma..., est une belle enfant de cinq mois. Venue a terme, dans des conditions excellentes, elle a pour nourrice sa mère qui réunit sur ce point les conditions les plus favorables ; la prospérité du nourrisson le prouve d'ailleurs. Le père est jeune, bien portant, n'a jamais eu de maladies. On peut affirmer l'absence de toute tare spécifique, la scrofule ne se traduit pas par le plus petit signe.

Nous voyons l'enfant en novembre 1887 ; elle est atteinte de petits abcès qui débutent sur les cuisses et qui se répandent un peu partout, plus spécialement toutefois sur les membres inférieurs. Inutile d'ajouter que les soins de la propreté la plus minutieuse ont toujours été observés et il n'existe qu'une rougeur insignifiante aux fesses. Ces abcès ne dépassent pas le volume d'une grosse noisette ; une fois ouverts, ils se sont vidés et ont guéri rapidement.

Le plus gros et le plus long à évoluer siégeait au talon droit. Il s'est terminé, lui aussi, favorablement sans fistule, ni cicatrice apparente. A aucun moment l'enfant n'a paru avoir de fièvre. L'appétit n'était pas diminué ; les garde-robes étaient normales et le bébé a conservé ses chairs fermes et roses. Le nombre des abcès a été d'une douzaine environ.

A quoi les attribuer ? Il n'y avait pas de troubles digestifs, pas d'éruption dentaire, par d'irritation cutanée suffisante pour expliquer la production de foyers purulents. La syphilis étant sûrement écartée, fallait-il se rabattre sur la scrofule et même le lymphatisme ? Mais parler de lymphatisme chez un enfant à la mamelle, c'est invoquer la constitution même de l'enfance chez laquelle est si prédominant ce système

spécial de canaux vasculaires. Et pourtant, c'est essentiell ment dans cette modalité anatomique qu'il faut trouver, ( nous semble, la cause de la multiplication facile des abcè: Le transport des agents pyogènes est aisé, rapide et leu dépôt dans le tissu conjonctif est favorisé par l'attrition d celui-ci. Il faut, en effet, remarquer que ces abcès, quoiqu pouvant siéger partout, ont toutefois comme siège de préd: lection les points les plus saillants du corps, ceux qui sor susceptibles de contacts plus durs avec les objets environ nants; c'est ainsi qu'il en existe presque toujours aux talons aux malléoles, aux coudes, ce qui pourrait faire croire tou d'abord à des abcès d'origine articulaire.

Les jambes, les cuisses, qui sont plus souvent froissée que les autres parties du corps soit par le maillot, soit dan les mouvements désordonnés de l'enfant, dans les lavage fréquents qu'on est obligé d'effectuer dans ces régions, son aussi le plus ordinairement atteintes.

Dans l'observation qui suit, nous ferons remarquer u abcès très étendu de la région dorsale chez un enfant que s mère laissait presque toujours étendu sur une table ou l parquet, dans le décubitus dorsal.

Obs. V. — *Abcès multiples de cause inconnue chez une enfant d quatre semaines. — Guérison facile.*

Mme Wog..., habitant rue Diderot, amène son enfant à la con sultation des Enfants-Assistés où nous étions interne, le 29 sep tembre 1886.

La fillette a quatre semaines; elle est bien constituée et forte pou son âge. Elle est nourrie par sa mère qui a 34 ans et possède déj sept enfants. Elle s'est toujours bien portée; elle est forte et paraî excellente nourrice. Le père a 39 ans. Malgré les investigation aussi minutieuses que possible, nous ne trouvons chez lui aucun trace de maladie spécifique ou diathésique.

La fillette que l'on nous présente, portait à la vulve dès la troisièm semaine de son existence une grosseur dont la mère ne soupçonn pas la nature. Quelques jours après les pieds gonflaient ainsi qu

les chevilles; puis ce fut le tour du dos, des coudes, de la voûte palatine. L'enfant, le jour où nous l'examinons, est dans l'état suivant.

Au *pied droit*, sur le dos, petite perte de substance un peu allongée par laquelle suinte un peu de pus.

Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, abcès gros comme une grosse noisette à la partie externe; un autre plus petit à la partie interne. Les mouvements de l'articulation sont complètement indemnes, pas de douleur, pas de craquements ; le stylet introduit après ouverture des collections ne rencontre aucun os dénudé.

La *jambe droite*, à sa partie externe et au milieu de sa hauteur, présente un foyer allongé et superficiel.

Au *membre inférieur gauche :* petit pertuis sur le dos du pied par lequel s'écoule du pus. A la malléole interne, abcès gros comme une noix ; autre petite collection en arrière et en dehors du tendon d'Achille.

A la *vulve*, deux petits abcès à la grande lèvre droite.

Au *dos*, grande collection occupant la ligne médiane et allant de la région lombaire à une ligne passant le tiers inférieur des omoplates avec une largeur de six centimètres environ ;

Aux *deux coudes*, un abcès correspondant à la pointe de l'olécrâne.

Au *palais*, immédiatement en arrière de l'arcade gingivale et sur la ligne médiane, abcès gros comme une noisette et gênant la succion.

L'enfant n'a pas de fièvre et ne semble pas en avoir eu, au dire de la mère. Mais il crie quand il est couché et il a maigri. Pas de diarrhée, pas de vomissements.

Tous les abcès sont incisés et pansés avec tous les soins antiseptiques. On fait spécialement de la compression ouatée dans le dos. On recommande le lavage de la bouche avec de l'eau boriquée. Dès le jour même, le bébé recommence à teter à sa faim ; on le panse tous les trois jours environ. Au bout de huit jours le vaste décollement du dos a complètement disparu.

Les abcès correspondant aux malléoles et aux coudes sont plus longs à se réparer.

Dès les premiers jours d'octobre, l'enfant avait engraissé d'une façon notable. Le 28 octobre tout était terminé.

A ce moment le nourrisson contracte la rougeole dont il guérit du reste parfaitement.

Quelle a été, dans ce cas, l'origine de cette exubérance de pus ? On ne peut guère, je crois, invoquer une influence puerpérale ? La mère avait eu des couches normales ; les suites en avaient été excellentes, pas un moment de fièvre. L'enfant était bien portante les premières semaines de son existence ; il n'y avait pas eu d'accident inflammatoire à la chute du cordon. Rien enfin dans la marche de ces abcès n'indiquait ce genre d'infection ; absence de fièvre, de diarrhée, voilà des signes qui permettent d'écarter une origine septique de ce genre

Toute origine syphilitique ou scrofuleuse paraissant devoir être écartée, on en vient à se poser avec quelques auteurs, la question de la diathèse purulente.

Ce mot de diathèse purulente nous reporte à l'époque où Tessier cherchait à renverser l'idée de phlébite à l'aide de laquelle on avait expliqué jusqu'alors les faits de pyohémie spontanée ou autres (1).

Depuis on a réédité plusieurs fois cette théorie et en 1878 Laurent, dans sa thèse sur les abcès multiples spontanés, après avoir discuté l'origine traumatique, syphilitique, scrofuleuse, farcino-morveuse de ces abcès, rejetait toutes ces hypothèses pour conclure en dernier lieu à l'existence d'une diathèse purulente.

Mais que signifie ce terme de diathèse purulente, « cette modification de l'organisme caractérisée par la tendance à la production du pus dans les liquides et les solides coagulables de l'économie ? » peu de choses, et les auteurs qui en ont parlé le mentionnent seulement en avouant leur impuissance à l'expliquer (Follin). Ce qu'il y a de certain, c'est que la présence du pus en un endroit peut être un point de départ pour des productions purulentes diverses.

N'a-t-on pas dit que le pus appelait le pus, et Dupuytren

(1) *Journal de l'Expérience*, 1888, t. II.

l'a répété : « qui pourrait nier que la suppuration d'une partie quelconque de l'individu n'appelle dans d'autres parties de cet individu d'autres suppurations, en un mot que la suppuration amène la suppuration ou produit dans tout le corps des dispositions particulières qui la multiplient partout où quelque point d'irritation peut exister ? Le pus engendre le pus, disaient les anciens et nous adoptons cet axiome en l'expliquant par les dispositions générales que détermine une suppuration locale ».

Oui certainement, il est des dispositions générales qui favorisent la suppuration ; mais dans les cas d'abcès multiples spontanés, cette disposition n'est pas créée par la suppuration ; elle lui est antérieure. Or, ce mode d'être de l'organisme est passager, il n'est pas *une diathèse*.

Les données actuelles de la science ne nous expliquent-elles pas, d'ailleurs, comment les leucocytes habités par les microbes constituent les globules de pus, comment ceux-ci emportés plus ou moins loin de leur berceau initial vont coloniser dans un autre et produire un nouvel abcès.

Oui certes, le pus est pyogène ; mais les découvertes de Pasteur nous ont appris pourquoi.

N'est-ce pas ce qui fait comprendre ces abcès lointains consécutifs à l'anthrax, au furoncle et dont M. le professeur Verneuil rappelait encore dernièrement l'histoire ? (1).

En somme, reste à découvrir, à expliquer cette première disposition générale qui permet, chez certains individus, cette promenade des microbes, leur colonisation plus abondante et la moindre résistance de l'organisme à leur envahissement. C'est là que gît l'inconnue.

On a observé également chez les adultes des abcès multiples dont la cause était introuvable ; la plupart des observations de Laurent y ont trait.

Peut-on les rapprocher de celles que nous relatons et la pathologie de l'adulte peut-elle jeter un peu de jour sur la pathologie infantile ?

(1) *Semaine médicale du* 11 *janvier* 1888. p. 11.

Broca, au sujet d'un cas semblable, mais grave, puisqu'il s'est terminé par la mort, a passé en revue tous les faits de suppuration d'apparence spontanée décrits par les auteurs. Dans son article du Progrès médical (1884) il rappelle les dénominations diverses imposées à ces abcès suivant leurs localisations : pseudo-rhumatisme infectieux (Bourcy), myosite infectieuse (Hayem), etc., etc., et il termine en cherchant à faire une comparaison entre cette sorte de pyohémie spontanée et l'érysipèle spontané ou médical.

Il est difficile, en vérité, de rapprocher ces faits de ceux que nous avons rencontrés chez les nourrissons. Une différence trop tranchée, trop radicale sépare ces deux ordres de phénomènes dans leur aspect, leur marche, leur gravité, leur dénouement ; ils ne sont nullement comparables.

Je pense donc que, chez les enfants à la mamelle bien portants, la multiplication des abcès non diathésiques n'est qu'un simple accident limité au tégument et indépendant de tout état général ; elle produit de deux façons par auto-inoculation sous-cutanée ou sus-cutanée. Je m'explique.

Un premier foyer, si minime soit-il, étant produit, suffit pour être une cause de dissémination microbienne. Cette dissémination peut se faire par le réseau lymphatique, l'arrêt de l'agent pathogène se trouvant favorisé en un point quelconque par une pression, une déchirure du tissu lymphatique, une oblitération d'un de ses canaux. Le nouveau foyer sera l'origine de foyers plus ou moins proches, plus ou moins volumineux, suivant les conditions anatomiques du lieu où ils se produiront.

Tel est le premier mode de multiplication du pus.

Mais ces agents pathogènes ne circulent pas seulement dans le réseau vasculaire ; ils se répandent sur la peau, pénètrent dans les glandes sébacées et sudoripares par leurs orifices cutanés et développent en ces points de nouvelles inflammations. Cette étiologie paraît avoir été nettement indiquée par Th. Escherich (1). De plus, l'auteur affirme que

(1) Th. Escherich. *Centralb. für Kinderkeilh.*, n° 2, 1887.

chez tous les nourrissons, qu'ils soient malades ou bien portants, on trouve d'une façon constante dans les langes et dans les couches les plus superficielles de l'épiderme le staphylococcus albus et le staphylococcus aureus. Ce point resterait encore à contrôler réellement. Quoi qu'il en soit, il est facile de comprendre, et la preuve en a été faite histologiquement, que les organismes pyogéniques propagent l'infection en pénétrant dans les canaux excréteurs des glandes sébacées et sudoripares.

Cette greffe s'effectue plus facilement sur les régions dont l'épiderme est ramolli soit par les lavages répétés, soit par les transpirations journalières. D'où le siège de prédilection de ces abcès sur les cuisses, les fesses, et quelquefois à la partie postérieure du crâne.

Dans tous les cas observés par Escherich (neuf) la guérison a été obtenue au bout de 8 à 15 jours.

Ces explications nous semblent très plausibles et nous nous en contenterons pour expliquer tous les cas où les enfants bien portants, sans aucune tare apparente, présentent des abcès multiples, n'entraînant aucune réaction générale et guérissant vite et facilement.

Il est cependant toute une série de sujets pour lesquels cette interprétation nous paraîtrait insuffisante. Je parle des enfants atteints d'athrepsie aiguë. L'athrepsie prend, dans certains cas, les allures d'une véritable maladie infectieuse; en fait, elle l'est, et c'est la conviction intime que nous avons acquise pendant notre internat à l'hospice des Enfants-Assistés. Les organismes de la diarrhée verte, étudiés si bien par Damaschino et Clado et surtout par Lesage, nous démontrent sa nature microbienne; et dès lors nous comprenons mieux l'aspect de certains phénomènes; nous saisissons davantage le rapport qui unit à certaines diarrhées les broncho-pneumonies décrites par notre maître, M. Sevestre; nous découvrons plus facilement la pathogénie de ces abcès multiples qu'on peut observer dans le cours de l'athrepsie.

Billard parle peu de ces accidents; Valleix insiste sur leur coïncidence avec le muguet. Hervieux, l'un des premiers, les a examinés avec soin (1).

Neuf cas observés aux Enfants-Assistés lui ont permis de distinguer deux formes de localisation : l'une viscérale interne, s'accompagnant de muguet, diarrhée, mort dans tous les cas (cinq); l'autre forme est dite externe ou cellulo-articulaire. Dans cette dernière, « les caractères de la collection sont le plus souvent ceux d'un abcès froid et la peau qui la recouvre n'a subi aucun changement de coloration, aucun amincissement. Le pus est en général épais, homogène, bien lié, sans odeur ou d'une odeur fade; sa couleur est variable, blanche, grise, d'un blanc jaunâtre ou d'un blanc rougeâtre ». Avec cela, on constate un appareil fébrile, intense, de l'abattement, la faiblesse du cri, une diarrhée abondante, liquide, verte.

Dans les quatre cas, il y a eu mort.

En discutant l'origine de ces abcès, l'auteur élimine toute cause de résorption purulente et conclut à l'hypothèse d'une altération inconnue du sang. Aussi donne-t-il comme titre à son mémoire : *de la diathèse purulente des nouveau-nés.*

Aujourd'hui, nous n'irons pas chercher une altération inconnue du sang; nous nous occuperons davantage de l'état des fonctions digestives. La connaissance des poisons créés dans l'organisme, dans le canal gastro-intestinal surtout, l'étude des réactions chimiques engendrées par les micro-organismes (et c'est là le véritable avenir de la microbiologie), nous ferons mieux comprendre comment une intoxication de cette nature peut provoquer des irritations d'organes tels que le rein, les poumons, peut-être les méninges, sûrement la peau. La tendance à l'élimination des principes infectieux par les glandes rend compte de la détermination cutanée.

L'observation suivante, prise à Paris, en dehors des

(1) Hervieux. *Diathèse purulente des nouveau-nés.* Archives génér. de méd., 1853.

hôpitaux d'enfants où malheureusement les affections prennent si souvent une tournure fâcheuse, nous semble assez concluante pour notre manière de voir.

Obs. VI. — *Deux poussées d'abcès multiples succédant à deux crises de diarrhée verte.*

Au mois de juillet 1887, une femme du boulevard St-Marcel me prie d'aller voir son enfant âgé de six semaines. J'avais accouché cette femme une première fois au commencement de février 1886 à la Maternité de Cochin où j'étais interne et elle avait tenu à ce que je fisse son second accouchement chez elle en mai 1887. La mère qui était d'une très bonne santé, sans aucun antécédent pathologique, nourrit son bébé, très vigoureux.

Quand j'arrivai, je vis un enfant amaigri, les yeux enfoncés, la peau ridée, sèche. Une petite plainte constante sortait de sa bouche entr'ouverte. La langue était rouge, sèche, il y avait du muguet. Une diarrhée verdâtre, liquide, imbibait les langes du nourrisson. le ventre était ballonné, un peu douloureux; il y avait de la fièvre (38°,6). Cette diarrhée durait depuis près de huit jours et paraissait due à un changement dans l'alimentation. La mère avait vu diminuer subitement son lait; l'enfant criait et on lui avait donné un biberon toute la journée, autant qu'il en voulait.

Je fis régulariser les repas, veiller à la propreté du biberon, administrer l'eau de chaux dans le lait, une potion au bismuth et la diarrhée diminua assez rapidement; mais elle ne cessait pas complètement; je fis donner de l'acide lactique. Les évacuations changèrent d'aspect puis devinrent normales. Le muguet avait été traité de son côté et l'enfant avait repris peu à peu lorsque, au moment où la diarrhée cessait, apparurent des abcès. Je dois dire que le bébé était tenu très proprement, avec les soins les plus minutieux; il n'existait qu'un peu d'érythème aux fesses et à la partie postérieure des cuisses.

Le premier abcès du reste se montra sur le tronc, puis il en vint d'autres sur les cuisses, sur les fesses, un sur le bras droit, deux sur l'avant-bras gauche. L'enfant eut un peu d'élévation de température, mais il continua à prendre régulièrement son biberon (ne pouvant avoir de nourrice) et la diarrhée ne revint pas. Les abcès durèrent près de vingt jours, et le bébé se rétablit complètement.

Je n'entendis plus parler de mon petit malade lorsque, à la fin du mois d'octobre, la même scène se reproduisit. La diarrhée fut traitée par l'acide lactique qui ne fit rien et fut remplacé par le calomel qui agit très efficacement. L'état était d'ailleurs moins grave que la première fois. Puis la diarrhée était totalement disparue quand arrivèrent les abcès, petits, au nombre d'une dizaine et siégeant dans la partie inférieure du corps. Ils guérirent rapidement et l'enfant se releva encore de cette nouvelle atteinte.

Il semble difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet entre ces éliminations microbiennes de la peau et l'état intestinal de ces enfants plus ou moins bien nourris, sujets à des diarrhées fréquentes et présentant tous les signes de la dilatation du côlon.

Aussi, lors de ces abcès, faut-il s'attacher surtout à traiter les fonctions digestives, à combattre la production d'alcaloïdes nocifs et résorbables et à donner, si l'on peut, des agents thérapeutiques qui en s'éliminant par les divers émonctoires de l'économie puissent neutraliser les produits toxiques.

Nous voilà bien loin de la diathèse purulente et la thèse de Laurent est à refaire.

Comme conclusion de cet article, nous dirons donc : On observe chez les enfants à la mamelle des abcès multiples du tissu cellulaire sous-cutané.

Ces abcès semblent reconnaître plusieurs origines.

Dans certains cas, ils sont attribuables à un mode d'être de l'organisme tenant à la maladie ou à la constitution des ascendants. Dans l'hypothèse d'une diathèse héréditaire, la syphilis doit tenir le premier rang comme importance et comme fréquence ; la scrofule est plus tardive dans ses manifestations et quand les abcès paraissent, les enfants ne sont plus que rarement des nourrissons.

Reste enfin toute une vaste classe d'abcès à qui l'on peut donner le nom d'abcès d'infection. Celle-ci peut venir du dehors comme dans le cas de puerpéralité, d'érysipèle, de suppuration du cordon, etc. ; c'est la diathèse puerpérale de

Bouchut. Elle vient encore du dehors si l'on admet avec Escherich la pénétration par les orifices glandulaires d'organismes pyogènes normalement déposés à la surface de l'épiderme.

Mais elle peut venir du sujet lui-même par auto-infection, du fait de l'entraînement dans la circulation de principes nuisibles que contient ou fabrique l'organisme.

C'est assurément la variété clinique d'abcès la plus intéressante au point de vue pathogénique; elle nous semble pouvoir comprendre tous les cas englobés autrefois sous la rubrique : diathèse purulente.

---

## THROMBUS PUERPÉRAL DE LA VULVE ET DU VAGIN

### (OBSERVATION ET RÉFLEXIONS)

Par le Dr N. **Perreymond**, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu et de la Maternité de Toulon.

Le dernier travail publié sur le thrombus vulvo-vaginal dans ses rapports avec l'accouchement et l'état puerpéral, est de Mme Sasonoff, médecin en chef de la maison d'accouchements de « La Kolonna » à St-Pétersbourg (1); en dehors des cas publiés par Deneux, elle n'a pu réunir que 85 observations nouvelles depuis 1830, et il résulte de la statistique qu'elle a dressée que l'hématome vulvo-vaginal se rencontre 1 fois sur 2,375 accouchements.

Le thrombus comme accident de la grossesse, du travail et de l'état puerpéral est donc une affection rare : cela ressort non seulement des statistiques souvent incomplètes, mais surtout de la pratique, de l'observation des médecins placés à la tête de grands services d'accouchements. Ainsi, Deneux qui a rassemblé 60 cas de thrombus dans son mémoire, n'en avait vu que trois cas durant une pratique de

(1) Sasonoff. *Étude du thrombus de la vulve et du vagin*, Annales de gynécologie, décembre 1884.

40 ans, tant dans sa clientèle qu'à la maison d'accouchements de Paris; Paul Dubois en observait trois cas sur 14,000 accouchements, et Blot 1 sur 7,000.

Mais, il ressort de ce travail un fait beaucoup plus important au point de vue pratique : la mortalité par suite de thrombus qui était de 36 p. 100 du temps de Deneux, a considérablement diminué depuis l'emploi des moyens antiseptiques.

Avant ces dix dernières années, c'était l'infection encore plus souvent que l'hémorrhagie qui tuait les malades atteintes de thrombus de la région génitale; il n'en est plus de même aujourd'hui. L'espoir exprimé par Hecker qu'une antiseptie rigoureuse abaisserait le chiffre de la mortalité se réalise, de jour en jour, depuis l'application des pansements antiseptiques aux accidents de cette nature. En effet, les observations récentes d'hématomes traités par la méthode de Lister démontrent que si l'hémorrhagie enlève encore un nombre considérable de malades, la mort par septicémie est beaucoup moins fréquente, non seulement à la suite des thrombus limités à la vulve et au vagin, mais encore dans les cas où, comme ceux très remarquables publiés par M^me^ Sasonoff, les professeurs Charles (1) (de Liège) et Grynfeltt (2), la collection sanguine a envahi la cavité pelvienne et franchi les limites du détroit supérieur.

C'est pour confirmer ces résultats que je crois devoir publier l'observation qui suit.

La nommée G..., âgée de 20 ans, primipare, accouche au huitième mois, sans que rien puisse expliquer cet accouchement prématuré, le 4 août 1886, à six heures du matin. Cette jeune femme d'un tempérament très lymphatique a été réglée toujours très régulièrement depuis l'âge de quinze ans; leucorrhée assez fréquente.

---

(1) CHARLES. *Thrombus vaginal après un accouchement à terme;* in Journal d'accouchements. Liège, 1882, page 169.

(2) GRYNFELTT. *Thrombus de la vulve et du vagin;* in Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, octobre 1887.

Vers l'âge de sept ans, elle fut atteinte, pendant quelques mois, de danse de St-Guy; depuis elle ne fit aucune autre maladie grave. Cependant, la chorée reparut dès qu'elle fut enceinte et ne cessa que vers la fin du sixième mois de la grossesse. Cette névrose se manifesta particulièrement par des contractions convulsives des muscles de la face et des membres supérieurs, en outre, elle fut prise, par deux fois et pendant la nuit, de dypsnée subite et de crachements de sang. Je dois ajouter que l'examen attentif de cette femme, après l'accouchement, ne m'a fait reconnaître aucune altération soit des poumons, soit du cœur, elle n'a jamais eu ni épistaxis, ni purpura, ni hémorrhoïdes; j'ai acquis la certitude, en procédant à une exploration minutieuse, en interrogeant l'accoucheuse et la malade, que cette dernière n'a présenté aucune trace de varices tant sur les membres inférieurs qu'au niveau de la vulve; je dois pourtant noter de l'infiltration des membres inférieurs particulièrement marquée du côté droit et un léger boursouflement œdémateux de la vulve plus accentué encore à droite qu'à gauche.

Dans la nuit du 3 au 4 août, elle fut brusquement éveillée par les douleurs du travail; la poche des eaux se rompit peu après, l'accoucheuse constata une présentation du siège en S. I. D. P. Les contractions utérines qui avaient été suivies et énergiques cessèrent après l'expulsion des membres inférieurs et du tronc et, vers six heures du matin, l'accoucheuse fut obligée de dégager la tête : Ces dernières manœuvres, au dire de la malade, furent douloureuses et assez longues. Immédiatement après la délivrance qui fut naturelle, elle se plaignit de ressentir des douleurs et une sorte de plénitude du côté de la grande lèvre droite. Ces douleurs ainsi localisées furent attribuées au froissement des parties génitales déterminé par le passage du fœtus et on n'y prêta pas autrement attention. Mais, vers huit heures du matin, l'accoucheuse étant déjà partie, la femme G... poussa tout à coup des cris déchirants et accusa des douleurs intolérables du côté des organes génitaux externes; les parents et les voisines constatèrent une tumeur énorme au niveau de la vulve, et plusieurs prirent cette tumeur pour la tête d'un second enfant, ce qui fit qu'on envoya quérir de nouveau la sage-femme.

Cette dernière conseilla à la famille de me faire appeler : J'arrivai à neuf heures auprès de la patiente, je constatai un énorme

thrombus, plus volumineux qu'une tête de fœtus à terme, siégeant du côté droit de la vulve, s'étendant du mont de Vénus au périnée, ayant distendu et effacé entièrement la grande et la petite lèvre qui formaient une poche énorme occupant, dans le sens transversal, tout l'espace compris entre les racines des cuisses, de manière à recouvrir et comprimer la grande et la petite lèvre du côté gauche, la tumeur hématique était dure, légèrement fluctuante vers la partie interne; elle avait, *en ce moment*, l'aspect d'une tumeur remplie de sérosité, surtout vers la partie interne accessible à l'œil; en cet endroit, la tumeur avait une couleur violacée. La malade avait déjà eu une syncope, elle était très pâle et se plaignait de bourdonnements dans les oreilles ; pouls filiforme.

Après avoir placé la cuisse gauche dans l'abduction, je parviens à introduire l'index dans le vagin et je constatai que l'hématome remontait le long de la partie droite du vagin. Je laissai une mèche dans ce canal pour permettre le libre écoulement des lochies, me disposant de la remplacer par des drains en faisceau. Par le palper, je m'assurai que l'utérus était bien revenu sur lui-même et que le petit bassin ne contenait d'autre tumeur que le globe utérin.

*Traitement.* — Compresses imbibées d'eau glacée et fréquemment renouvelées enveloppant le thrombus; tisane vineuse glacée; potion avec 4 grammes d'ergotine Bonjean.

A 1 heure, je reviens auprès de ma cliente : le volume de la tumeur sanguine n'a pas sensiblement augmenté; la malade n'accuse plus qu'une douleur sourde au niveau des organes génitaux et externes, toute la partie interne du thrombus a pris une coloration violacée, surtout particulièrement sur la face interne de la grande et de la petite lèvre du côté droit; en cette région, la muqueuse est noirâtre, luisante et amincie; perte normale du côté de l'utérus, meilleur état général, l'hémorrhagie ne s'est pas propagée du côté de la cavité pelvienne.

En l'état, les indications à remplir me paraissent être les suivantes : attendre encore 24-48 heures avant d'inciser et de vider l'hématome; continuer les applications de compresses imbibées d'eau glacée pour favoriser la coagulation du sang épanché; inciser et vider avec le concours d'un confrère pour ne pas me trouver seul en présence d'une hémorrhagie grave possible. Je demande une consultation. A trois heures, je revois la malade avec M. le Dr Bout-

tier, un des plus anciens et des plus distingués praticiens de Toulon. En explorant la tumeur, nous constatons qu'elle s'est ouverte au niveau de la face interne de la grande lèvre, vers l'orifice vaginal; la déchirure qui est de la largeur d'une pièce de deux francs est obturée par un caillot, en écartant la tumeur pour pratiquer le cathétérisme qui est très difficile, plusieurs caillots sont expulsés par l'ouverture du thrombus avec une petite quantité de sang noirâtre ; pas d'hémorrhagie, des drains en faisceau sont placés dans le vagin et conduisent la plus grande partie de l'écoulement lochial en dehors de la déchirure du thrombus.

Nous arrêtons la ligne de conduite suivante : Continuer les applications froides, injections antiseptiques, dans la poche pleine de caillots, enlever sans violence les caillots qui paraissent mobiles; des tampons de coton au perchlorure de fer (bloodstopping lint) sont tenus prêts, en cas d'hémorrhagie nouvelle, sans pratiquer le tamponnement de la poche ; nous recommandons, enfin, à la malade de garder l'immobilité la plus absolue et de ne faire aucun effort.

A huit heures du soir, le pouls s'est relevé, 80 pulsations ; pas de frisson, globe utérin en bon état, abdomen souple et indolore, écoulement utérin normal, suintement de sang insignifiant par l'ouverture de l'hématome.

5 août. La malade a dormi pendant toute la nuit et a uriné spontanément vers le matin, deux caillots ont été expulsés, aucune mauvaise odeur; lavage antiseptique des drains, du vagin et de la tumeur, pulvérisations phéniquées ; compresses froides, potion à l'extrait de quinquina, tisane vineuse. La malade demande à manger, je prescris trois potages et jus de viande.

8 heures, soir, selle et urine spontanées, les seins se gonflent, légère réaction, pouls à 90; je décide la famille à mettre l'enfant en nourrice.

6 août. La malade prend 30 grammes de sulfate de magnésie; je pratique des injections dans la poche avec la solution suivante.

| | |
|---|---|
| Acide phénique..... | ãã = 10 gr. |
| Acide thymique..... | |
| Alcool de lavande..... | 200 |
| Eau..... | 780 |

Puis j'enlève tous les caillots qui sont désagrégés et mobiles; la tumeur a diminué de près d'un quart de son volume primitif.

Je remplis la poche hématique avec un mélange de poudre de quinquina, d'iodoforme et de café torréfié, aussi efficace et moins salissant que le charbon pulvérisé. Pouls, 100; pas de frisson, seins très gonflés, l'élévation du pouls n'est due qu'à la montée du lait; irrigations vaginales avec la même solution antiseptique.

Le 7. Nuit bonne; l'involution utérine s'effectue normalement : le pouls est tombé à 80 pulsations, injections, je vide de nouveau la poche.

Le 8. Une partie de la paroi interne de la tumeur se sphacèle; pas de fièvre, même pansement.

Le 10. La poche est complètemeni vidée; état général bon, la malade mange avec appétit.

Le 12. J'enlève avec les ciseaux les parties gangrenées; l'excavation est formée par une plaie de bon aspect commençant à bourgeonner. Le fond de l'utérus se sent à peine, quelques plaques d'urticaire se manifestent sur la face interne de la cuisse droite.

Le 16. La poche hématique étant débarassée de tous les caillots qu'elle contenait et des parties sphacélées, je puis plus facilement me rendre compte de l'étendue des désordres produits par le thrombus et la gangrène : les petites lèvres sont très courtes et peu développées chez cette malade, de manière que le côté interne de la tumeur sanguine était constitué surtout par la face interne de la grande lèvre droite et par la partie droite et supérieure du vagin. Les trois quarts de la face interne de la grande lèvre droite ont été détruits par la gangrène, ainsi que l'extrémité libre de la petite lèvre correspondante et la paroi du vagin sur une longueur de quatre travers de doigts, environ; aussi, il existe entre l'extrémité de la petite lèvre droite et le vestibule une fissure assez profonde qui forme comme une fausse route vaginale. La grande et la petite lèvre du côté droit forment une vaste poche que je puis explorer avec l'index depuis le mont de Vénus jusqu'à la région périnéale. Cette vaste plaie bourgeonne activement; je soutiens les forces de la malade par du fer, du quinquina et une bonne nourriture.

Le 25. La fissure décrite plus haut est comblée; le reste de la plaie se rétrécit de jour en jour. Je favorise la cicatrisation en réprimant, par la cautérisation, l'exubérance des bourgeons charnus.

22 septembre. Retour des couches; la plaie n'est pas encore

entièrement cicatrisée, pansements avec café torréfié et iodoforme.

15 octobre. Guérison complète.

*Réflexions.* — Le diagnostic du thrombus vulvo-vaginal est facile lorsque la collection sanguine a déplissé et distendu les grandes et les petites lèvres, mais il n'en est pas de même lorsqu'elle siège sous la région pelvi-abdominale ou même lorsqu'elle occupe exclusivement le vagin ; ainsi, lorsque la tumeur est vaginale, la couleur ecchymotique caractéristique des tumeurs sanguines des organes génitaux internes peut faire défaut. Dans un cas de thrombus du vagin survenu après un accouchement gémellaire, occupant le côté gauche et postérieur de ce conduit, s'étendant presque dans le cul-de-sac postérieur et ayant une forme cylindrique, le professeur Charles (1) constata que la muqueuse au niveau du thrombus n'avait pas changé de couleur, qu'elle était assez rouge, *mais nullement bleuâtre ni violacée.* L'habile accoucheur de Liège fut obligé, pour établir un diagnostic certain, de pratiquer une ponction exploratrice, et retira 500 grammes de sang décomposé, mais la tumeur se reforma 24 heures après et elle fut alors ouverte avec le bistouri.

On a vu que notre malade ne présentait pas de varices, tout au moins superficielles ; Perret n'a noté les varices que 2 fois sur 43 cas de thrombus intra-pelviens (2). Budin sur 61 cas de tumeurs sanguines qu'il a réunis n'a relevé que 8 fois la présence de varices de la vulve et du vagin ; selon lui, elles n'ont qu'une importance secondaire dans la formation du thrombus (3). Mac-Clintock va plus loin en prétendant que l'extensibilité des veines variqueuses peut avoir plutôt pour effet de protéger les malades contre les ruptures pendant le travail. Un fait que j'ai observé à la Maternité semble lui donner raison : il s'agit d'une secon-

---

(1) CHARLES. *Loc. cit.*

(2) PERRET. *Des tumeurs sanguines intra-pelviennes.* Thèse de Paris, 1884, p. 14.

(3) BUDIN. *Des varices chez la femme enceinte.* Thèse d'agrég., p. 112.

dipare qui présentait, au niveau de la face interne de la petite lèvre gauche et de l'entrée du vagin, une formation variqueuse énorme que l'on pouvait suivre par le toucher jusque dans le cul-de-sac postérieur et qui ne se rompit point, à mon grand étonnement, quoiqu'elle eût pris un volume encore plus considérable pendant la descente du fœtus le long du canal vulvo-vaginal.

Peut-on songer à vider la collection sanguine au moyen de l'aspirateur ? Si le sang est coagulé, l'aspiration est impraticable ; d'un autre côté, elle peut être la cause d'un nouvel épanchement, si le sang est encore liquide. Cet accident s'explique par le vide que l'aspiration produit dans la cavité et qui amène la congestion des vaisseaux primitivement ouverts et le déplacement des caillots qui les oblitéraient. C'est ce qui se produisit chez la malade dont le professeur Charles a publié l'observation (1). Cet accoucheur estime qu'il serait préférable, pour obvier à cet inconvénient, de faire une ponction aspiratrice avec un trocart de volume moyen, puis d'injecter une solution forte d'acide phénique qui préviendrait la congestion et la décomposition consécutives et qui resterait emmagasinée dans la tumeur en obturant l'ouverture de la ponction au moyen d'un tampon phéniqué. L'incision large avec pansement antiseptique me paraît plus pratique.

Quand faut-il inciser ? Hervieux conseille d'attendre assez longtemps : 1° pour que l'hémorrhagie ait cessé depuis plusieurs jours ; 2° pour que la majeure partie du sang épanché soit convertie en coagulum solide ; 3° pour que les vaisseaux soient complètement oblitérés (2). L'incision hâtive peut être, en effet, aussi dangereuse que la rupture du thrombus immédiatement après sa formation. Pendant le travail, à moins que la tumeur sanguine ne soit un obstacle absolu à la sortie du fœtus, il est généralement admis de tout tenter

(1) CHARLES. *Loco cit.*

(2) HERVIEUX. *Traité pratique et clinique des maladies puerpérales*, p. 499.

pour terminer le travail, avant de recourir à l'incision ; à plus forte raison, la temporisation est la règle lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un thrombus survenant après la délivrance, limité à la région vulvo-vaginale et n'ayant aucune tendance à s'étendre du côté de la cavité pelvi-abdominale.

En attendant le moment opportun pour pratiquer l'incision, la tumeur sanguine sera entourée de compresses imbibées d'eau glacée, la malade gardera l'immobilité et ne fera aucun effort pendant la miction ou la défécation que l'on facilitera, au besoin, l'une par le cathétérisme, l'autre par des laxatifs appropriés ; Godefroy (1) cite un cas de thrombus qui avait primitivement le volume du poing ; 24 heures après, le volume de la tumeur augmenta par suite des efforts violents que la malade fit en allant à la selle.

Pour pratiquer l'incision il y a un lieu *d'élection* et un lieu de *nécessité* : Si, dit Velpeau (2), quelque région du thrombus est très amincie, saillante, sur le point de se rompre, c'est elle qui doit être incisée, c'est lieu de nécessité. Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque les parois du foyer conservent partout une certaine épaisseur, l'incision offre plus d'avantage sur la région cutanée ou au moins près du bord libre de la grande lèvre que sur le côté interne de la vulve et près du vagin ; c'est le lieu d'élection qui permettra d'éviter la contamination des parois de l'hématome par les lochies.

Enfin, le foyer de l'épanchement sanguin sera traité par l'antisepsie la plus rigoureuse : injections, pulvérisations, drainage. Le pansement le mieux approprié à de pareils cas me paraît consister dans l'emploi de poudres désinfectantes, de tampons de gaze iodoformée remplissant la poche de la tumeur.

---

(1) GODEFROY. *Thérapeutique du thrombus vulvaire*, in Journal des connaissances méd. chir., 1844, p. 105.

(2) VELPEAU. *Quelques remarques sur le thrombus de la vulve*, in Journal de chirurgie de Malgaigne, 1846, p. 65.

SUR L'IDENTITÉ PROBABLE

# DE L'ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS

AVEC LA

## *PHLEGMATIA ALBA DOLENS*

Par le Dr **Léon Dumas**,

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de médecine de Montpellier (1).

2° *Troubles respiratoires.* — La fréquence des troubles respiratoires chez le nouveau-né, surtout s'il est chétif ou né avant terme, ne saurait faire de doute pour personne. La suspension plus ou moins prolongée de la respiration au moment de la naissance, conséquence de l'état d'asphyxie dû au travail de l'accouchement; son établissement incomplet ou son état languissant dans les cas de faiblesse congénitale; les entraves que peuvent lui apporter secondairement des accidents de divers ordres (liquide amniotique dans les bronches, compression exagérée par le maillot, etc.), s'opposent à l'ampliation régulière du thorax et au développement progressif des poumons, d'où résulte immédiatement une circulation insuffisante dans les vaisseaux capillaires de ces organes.

S'il était nécessaire de fournir la preuve de ce fait dans les cas d'œdème, nous la trouverions d'abord dans la faiblesse du cri déjà notée, puis dans la cyanose si fréquente et si accentuée qui se montre aux extrémités d'abord, et bientôt même sur la peau des parties non œdématiées. D'ailleurs l'état dans lequel les poumons sont trouvés à l'autopsie ne saurait plus laisser subsister le moindre doute à cet égard.

Je n'ai jamais fait, pour ma part, l'autopsie d'un nouveau-né atteint d'œdème sans constater quelque chose d'anormal de ce côté. Tous les auteurs ont aussi rencontré des lésions

(1) Lu devant l'Académie de médecine, séance du 15 novembre 1887.

diverses : les uns signalent des mucosités abondantes, d'autres de la bronchite, de la broncho-pneumonie, de la pneumonie, d'autres simplement l'atélectasie ou la congestion pulmonaires. L'atélectasie nous suffit amplement pour comprendre ce qui se passe du côté de la circulation, mais l'existence des autres complications ne peut qu'en augmenter les effets, et, bien loin de considérer ces lésions comme des complications secondaires et sans importance, à l'exemple de Depaul, nous croyons au contraire qu'elles dominent en quelque sorte la pathogénie de l'œdème du nouveau-né. Nous pouvons dire par suite que la lésion fondamentale des poumons consiste dans une imperméabilité plus ou moins étendue, en d'autres termes, dans une persistance plus ou moins généralisée et plus ou moins prolongée de leur état fœtal.

3° *Troubles consécutifs de la circulation.* — Ici le mécanisme est direct, l'entrave que le sang éprouve pour traverser les poumons retentissant immédiatement en arrière sur le cœur droit et de proche en proche sur tout le système veineux, dans lequel il va éprouver un ralentissement considérable de son cours.

Et les preuves de ce ralentissement ne manquent pas.

C'est d'abord le refroidissement considérable de l'enfant. Tout le monde sait avec quelle facilité le nouveau-né, même le mieux portant, perd de son calorique ; ce que nous avons dit de l'état imparfait de l'acte respiratoire dans les premiers jours de la vie suffit pour en rendre raison, car je n'ai pas besoin de rappeler quelle relation étroite existe entre la respiration et la calorification. A plus forte raison, si, sous l'influence d'une cause quelconque, la combustion respiratoire se trouve maintenue au-dessous de la normale, verra-t-on la température de l'enfant s'abaisser jusqu'aux limites effrayantes que nous avons constatées dans l'œdème, ce qui ne peut qu'ajouter encore aux conditions fâcheuses dans lesquelles il se trouve placé.

Nous pouvons relever en outre, comme un fait constant

d'observation, le ralentissement du pouls qui accompagne l'œdème des nouveau-nés, sauf dans les cas de complication inflammatoire. « Le pouls, dit Depaul, est lent et faible, il peut tomber à 60 et 68 pulsations par minute (Valleix). Il est quelquefois si peu perceptible qu'il est difficile de le compter. Les battements sont, par conséquent, ralentis aussi, mais ils sont sourds, et l'auscultation ne permet pas toujours de les constater aisément ». Or, on connaît le rapport qui existe entre le ralentissement du pouls et l'augmentation de la tension artérielle. Ce symptôme, si accentué dans l'œdème du nouveau-né, puisqu'à l'état normal son pouls a la même fréquence que chez le fœtus, permet donc, en même temps qu'il rend palpable le ralentissement de la circulation, de soupçonner à priori qu'il existe quelque part un obstacle au cours du sang. Nous venons de voir où siégeait cet obstacle, et nous pouvons dire que ce ralentissement de la circulation vient encore ajouter son influence aux causes de refroidissement indiquées plus haut, et par suite qu'il ne peut qu'accentuer les modifications anormales du sang qui l'éloignent de plus en plus des conditions physiologiques.

Par ces deux raisons encore, refroidissement et ralentissement de la circulation, on peut se rendre parfaitement compte des troubles généraux qui s'observent, dans l'œdème des nouveau-nés, du côté de la plupart des sécrétions. C'est la perspiration cutanée qui se suspend, d'où perte de souplesse, et parfois état lisse et même rugueux de la peau ; c'est la desquamation épidermique qui s'arrête lorsqu'elle avait commencé à se faire ; c'est la sécrétion de la bile et la destruction si active des globules rouges qui, troublées dans leur évolution et trouvant fermées toutes les voies de décharge, accumulent leurs produits dans l'organisme et donnent naissance à l'ictère, soit biliphéique, soit hémaphéique.

Voilà donc le sang notablement modifié dans sa composition et n'attendant qu'une occasion pour se coaguler, et qui trouve cette occasion dans un ralentissement de la circula-

tion. Comment va se faire cette coagulation? sera-t-elle générale ou locale? se fera-t-elle de préférence dans le système artériel ou dans le système veineux? Occupera-t-elle plutôt les capillaires ou les gros troncs vasculaires? c'est ce qu'il me reste maintenant à examiner.

4° Coagulation spontanée dans les veines; apparition de la *phlegmatia alba dolens.*

Si aucune cause spéciale n'intervient, capable de déterminer une localisation, comme nous le dirons tout à l'heure, la coagulation sera générale ou plus ou moins limitée suivant l'intensité plus ou moins grande des causes qui précèdent. Elle se fera toujours entre les capillaires et le cœur, puisque l'obstacle primitif siège dans les poumons qui respirent mal et que l'engouement procédera en sens inverse de la circulation veineuse, se propageant du poumon au cœur droit et du cœur droit à tout le système veineux.

C'est donc avec raison que « la doctrine allemande reproduite par Hennig, admet qu'il y a d'abord une stase de sang par congestion passive » dans l'œdème des nouveau-nés. Mais nous ne pouvons plus la suivre lorsqu'elle veut qu'il y ait « une irritation consécutive du tissu cellulaire sous-cutané et une véritable inflammation ». Depaul a réfuté déjà à d'autres points de vue cette seconde partie de la théorie allemande. Il est inutile par suite d'y insister.

Quant aux capillaires, ils seront plus ou moins intéressés suivant l'intensité et peut-être suivant la rapidité de la coagulation, lorsque aucune circulation collatérale n'aura eu le temps de s'établir, absolument comme cela s'observe dans la *phlegmatia alba dolens* chez l'adulte.

Mais il peut exister des causes provocatrices secondaires, qu'on pourrait appeler, si l'on veut, des causes adjuvantes, capables de déterminer certaines localisations, et c'est ce qui semblerait se réaliser le plus souvent. On a signalé, comme pouvant hâter la coagulation en certains points du système veineux, certaines dispositions anatomiques capables d'exercer une compression plus marquée, comme une

sorte d'étranglement, sur le trajet des grosses veines. Tels seraient les rapports de la veine iliaque gauche avec l'aorte au niveau du promontoire; telle serait encore la disposition des aponévroses et des ligaments au niveau du creux axillaire, de la région inguinale, du creux poplité. Et, en effet, dans l'œdème des nouveau-nés comme dans la *phlegmatia*, nous voyons les membres être surtout atteints, et au plus haut point, et les membres inférieurs beaucoup plus que les supérieurs. Peut-être pourrait-on joindre à ces influences très admissibles au point de vue des localisations, l'attitude spéciale du nouveau-né qui pendant plusieurs jours a une grande tendance à reproduire la flexion de ses membres telle qu'elle existait dans l'utérus et telle qu'elle a été souvent fort exagérée pendant le travail de l'accouchement.

Mais il est une dernière cause provocatrice qui me paraît mériter une attention toute particulière, car elle est absolument spéciale au nouveau-né et elle doit certainement intervenir chez lui dans un très grand nombre de cas. S'il en est ainsi, ce que pourra démontrer plus tard l'anatomie pathologique, on aurait dans la connaissance de cette cause l'explication de bien des particularités dont la raison est insaisissable jusqu'à présent.

Cette cause spéciale résiderait dans une marche anormale des modifications dont la veine ombilicale devient le siège aussitôt après la naissance. Il est indispensable ici d'entrer dans quelques détails sur ces modifications, qui sont bien connus depuis les travaux de Billard, de Notta, de Lorain et de Ch. Robin.

Nous avons déjà vu qu'au moment de la naissance, et après un laps de temps qui varie avec la fréquence et l'énergie de la respiration, tandis que les artères ombilicales cessent d'envoyer du sang au placenta, la veine ombilicale se vide graduellement du côté de l'ombilic, la colonne qui en occupait toute la longueur se séparant ainsi en deux moitiés : l'une, immobile, qui reste du côté du placenta, l'autre, qui s'éloigne de plus en plus de la première pour rentrer peu à

peu dans l'abdomen en obéissant à l'aspiration pulmonaire. A partir de ce moment commence le travail si remarquable qui doit aboutir, d'une part à la dessiccation et à la chute du cordon, et d'autre part à l'oblitération de la portion intra-abdominale de ses vaisseaux désormais inutiles. Nous n'avons pas à nous occuper du premier de ces résultats, non plus que des phénomènes qui se passent du côté des artères ombilicales : nous rappellerons que la portion extérieure du cordon, dépourvue de vaisseaux nutritifs, meurt et se détache par le mécanisme d'une véritable gangrène sèche, tandis que la portion intra-abdominale des vaisseaux continue à vivre et obéissant à la propriété rétractile des parois vasculaires, à laquelle la pression sanguine ne fait plus équilibre, finit par les réduire à l'état de simples cordons fibreux.

Jetons un coup d'œil sur le mécanisme qui préside à cette transformation au niveau de la veine ombilicale. On sait que celle-ci, comme toutes les veines du reste, sauf les veines utérines, ne possède qu'une rétractilité très inférieure à celle des artères : aussi, tandis que celles-ci se contractent énergiquement dès que la tension sanguine s'est abaissée et emprisonnent des caillots dans leur intérieur, la veine ombilicale au contraire reste d'abord largement béante. Cette différence rend déjà compte de ce qui se passe dans le cordon, lorsqu'on voit les artères déjà vidées alors que la veine reste encore turgide. Néanmoins, dans les conditions normales, l'aspiration thoracique suffit, non seulement pour empêcher le reflux du sang à l'extérieur, mais encore pour vider la veine de son contenu qui s'écoule peu à peu entièrement dans le système circulatoire, ainsi que l'ont constaté Virchow, Budin et Ribemont.

Cette déplétion est d'ailleurs favorisée encore par trois conditions accessoires : la rétractilité lente, mais réelle, de la veine, la dessiccation et le recroquevillement de son bout extérieur, enfin la pression exercée par l'anneau ombilical.

Après quoi l'oblitération de la veine se fait graduellement par l'accolement et l'adhérence de ses parois en allant de

l'ombilic vers le foie, pour s'arrêter d'ordinaire à 12 ou 15 millimètres de la veine porte. A ce niveau-là, chez la moitié à peu près des sujets adultes, Baumgarten a trouvé sur la paroi interne de la branche gauche de la veine porte, un orifice admettant une soie de sanglier dans la direction de l'ombilic; le petit conduit dans lequel il donne accès, dernier vestige de la veine ombilicale, est rempli par du sang normal, et va en se rétrécissant d'arrière en avant pour devenir imperméable à plusieurs centimètres de l'ombilic. Dans 8 cas cet orifice laissait pénétrer une sonde métallique, et dans un cas de cirrhose il était dilaté au point d'admettre l'extrémité du petit doigt.

Au niveau du canal veineux d'Arantius, qui n'est qu'une division de la veine ombilicale, les choses se passent d'une manière analogue, mais avec cette différence que les phénomènes sont en quelque sorte atténués. Le cordon cellulo-fibreux qui le représente en définitive n'est pas absolument imperméable comme la plus grande partie de la veine; il est simplement très rétréci, et Baumgarten a toujours trouvé qu'il renfermait des corpuscules sanguins normaux.

En résumé, lorsque les choses se passent normalement, il ne se forme pas de caillot après la naissance dans la veine ombilicale, pas plus que dans le canal veineux, mais la déplétion sanguine de ces deux conduits n'a lieu qu'avec lenteur et sous la condition expresse que la respiration se fasse d'une manière convenable, et abaisse suffisamment la pression intra-veineuse pour que leur rétraction, phénomène consécutif, puisse continuer sans encombre. Toute modification capable de ralentir la circulation pulmonaire retentira donc immédiatement du côté de la veine ombilicale et du canal veineux, et refoulera le sang dans leur intérieur par l'augmentation de la pression intra-veineuse. Cette conclusion n'est pas seulement une conséquence logique tirée par le raisonnement des faits qui précédent; elle est tous les jours prouvée par ce qui se passe lorsqu'il se produit une augmentation de la pression sanguine supérieure à la

rétractilité de la veine. Ne voit-on pas en effet des hémorrhagies secondaires du cordon se produire sous l'influence de cris très violents de l'enfant, d'un bain trop chaud, etc. ?

Il y a donc dans la veine ombilicale, après la naissance, une colonne sanguine qui hésite en quelque sorte à rejoindre la circulation générale, et que le moindre trouble circulatoire va rendre entièrement immobile. Or, nous avons vu qu'une respiration simplement incomplète suffisait pour amener un pareil résultat. Supposons qu'à ce moment existent les conditions préparatoires ou causes prédisposantes que nous avons vues, et la formation d'un caillot va se produire grâce à cette immobilité.

Le caillot une fois formé, tout est dit quant à la *phlegmatia* depuis les belles descriptions de Trousseau relativement à la marche et à la propagation du thrombus. Son prolongement vers le cœur jusqu'au point de rencontre de la première grosse veine, qui sera ici la veine cave inférieure, après la veine porte peu développée encore; la saillie dans celle-ci de son extrémité libre et les coagulations successives qui vont se faire en arrière sont autant de phénomènes trop connus pour qu'il soit nécessaire de faire autre chose que les signaler.

Enfin, n'oublions pas, parmi les causes directes de thrombose dans la veine ombilicale et dans le canal veineux, qu'il peut se produire à ce niveau une phlébite, et que celle-ci manquera rarement, dans les circonstances où se trouve souvent le nouveau-né, et grâce à une plaie ombilicale malade ou mal soignée, de prendre le caractère infectieux, ce qui augmentera encore la gravité de l'affection qui en sera la conséquence.

Si même on acceptait la tendance de certains auteurs à admettre toujours l'endophlébite comme cause de la formation du thrombus dans la *phlegmatia*, on devrait accorder à l'inflammation de la veine ombilicale une importance au moins aussi grande qu'aux troubles respiratoires. Je n'insisterai pas sur cette considération, au sujet de laquelle je ren-

verrai au récent article sur la phlébite publié dans le Dictionnaire encyclopédique par MM. Muselier et Nourric. Je me bornerai à dire ici que je crois entièrement à la possibilité de cette influence, mais qu'elle me paraît devoir être moins fréquente que la précédente. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, son existence, si elle est démontrée, ne fera que confirmer l'assimilation que je propose entre l'œdème des nouveau-nés et la *phlegmatia*, et montrera par un exemple de plus combien les troubles fonctionnels du début de la vie exposent le nouveau-né à cette affection.

Je terminerai en montrant comment le mécanisme que nous venons d'étudier peut rendre compte de plusieurs faits assez difficiles à interpréter différemment.

L'existence de la phlegmatia *alba dolens* chez le nouveau-né peut expliquer certains cas de mort subite survenant à la suite d'un état simplement languissant et sans aucun symptôme bien appréciable, ainsi que j'ai eu l'occasion d'en voir un exemple : un fragment détaché du caillot primitif, quel que soit son siège, suffira pour amener ce résultat en s'arrêtant, soit dans le cœur droit, soit dans l'artère pulmonaire.

De même, la persistance ou la réapparition de l'œdème pendant un temps plus ou moins considérable, que nous avons vue signalée chez le nouveau-né, correspond parfaitement à cette même conséquence fréquente de la *phlegmatia* chez l'adulte; et il est assez probable qu'elle serait davantage observée si les nouveau-nés atteints d'œdème ne succombaient pas dans une proportion considérable. On pourrait même à ce propos se demander si la *phlegmatia* du nouveau-né ne serait pas capable de laisser des traces plus durables, et il serait peut-être intéressant de rechercher si, parmi les sujets adultes prédisposés aux varices, il ne s'en trouverait pas un certain nombre ayant présenté de l'œdème peu de jours après la naissance.

Mais ce qu'il faut surtout noter chez le nouveau-né, c'est la fréquence infiniment probable d'une obstruction plus ou moins marquée de la circulation dans la veine cave infé-

rieure. Si, comme j'en ai la ferme conviction, des recherches ultérieures viennent confirmer ce que j'en ai dit par analogie, cela suffit à expliquer, et la marche si souvent descendante de l'œdème, et la simultanéité de son apparition aux deux membres inférieurs, et l'envahissement si fréquent des organes génitaux et de la paroi abdominale. On sait que chez l'adulte au contraire l'œdème est d'ordinaire moins généralisé d'emblée, et notamment que les deux membres inférieurs ne se prennent le plus souvent que l'un après l'autre, surtout dans la *phlegmatia* puerpérale, parce que c'est d'abord la veine fémorale ou iliaque d'un seul côté qui est le siège de la coagulation.

Enfin, la localisation, absolument propre au nouveau-né, du thrombus dans la veine ombilicale et dans la veine cave, doit mettre en garde, dans une autopsie, contre le résultat négatif de sa recherche au niveau des veines fémorales, et doit conduire le scalpel dans les veines iliaques et jusque dans la veine cave. Pour moi, j'ai regretté plus tard de n'avoir pas continué de ce côté mes recherches dans l'autopsie dont j'ai déjà parlé : mais satisfait à ce moment-là d'avoir trouvé au niveau des veines fémorales l'altération anatomique que je cherchais, et d'autre part n'ayant pas encore approfondi cette étude comme j'ai tâché de le faire aujourd'hui, je ne songeai même pas alors à chercher au delà. Je compte bien réparer ce *desideratum* à la première occasion, et j'espère que le présent travail engagera à chercher dans le même sens ceux qui, mieux placés que moi, ont de nombreux cas à observer.

Un dernier mot sur le traitement, pour être complet, et j'aurait fini ce mémoire déjà long.

Les frictions, les malaxations, le massage des parties atteintes, si recommandés partout, seront désormais sévèrement proscrits du traitement de l'œdème des nouveau-nés, absolument comme dans la *phlegmatia* de l'adulte, à cause du danger d'embolie auquel ces moyens peuvent exposer.

L'emploi de la chaleur et des toniques sera toujours indiqué au contraire, aussi bien pour combattre le refroidissement que pour favoriser la résolution de l'œdème et la résorption du thrombus, soit directement, soit en activant la respiration et les sécrétions : pour moi, la couveuse de M. Tarnier est certainement le meilleur moyen de remplir la première indication; quant à la seconde, tous les moyens proposés me paraissent inférieurs au lait d'une excellente nourrice.

Je ne dis rien des complications qui doivent être combattues chacune suivant sa nature et son importance, mais je ferai remarquer en terminant que des soins minutieux et intelligents au moment de la naissance, appliqués à l'établissement de la respiration et à la ligature du cordon, constitueront déjà un véritable traitement prophylactique. Ce que j'ai rappelé à ce sujet me dispense de rien ajouter, si ce n'est qu'on peut parfaitement expliquer par le mécanisme en question comment Hennig a constaté la fréquence plus grande de l'œdème dans les cas où la ligature du cordon avait été opérée avant que les artères ombilicales eussent cessé de battre.

Je résume maintenant sous forme de conclusions les idées principales qui découlent de ce qui précède :

## CONCLUSIONS

I. — L'œdème des nouveau-nés n'est qu'un des symptômes d'une *phlegmatia alba dolens* développée dans les premiers jours qui suivent la naissance;

II. — Ses causes, bien que d'ordre divers, sont au fond de la même nature que chez l'adulte, et peuvent être divisées en prédisposantes et en déterminantes; et parmi ces dernières, la principale réside dans l'établissement incomplet de la respiration ou dans les obstacles, pathologiques ou autres, que cette fonction peut rencontrer pour arriver à sa perfection;

III. — Les symptômes de la *phlegmatia* du nouveau-né

sont les mêmes que pour celle de l'adulte, sauf quelques modifications en rapport avec la physiologie spéciale des premiers jours qui suivent la naissance;

IV. — L'anatomie pathologique ne diffère pas non plus, mais la thrombose veineuse doit avoir pour siège chez le nouveau-né la veine cave inférieure beaucoup plus souvent que chez l'adulte;

V. — Le traitement doit être le même dans les deux cas, et les mêmes dangers sont à redouter au début de la vie que plus tard. D'une façon générale, la plus grande faiblesse relative du nouveau-né aggravera toujours le pronostic;

VI.— Les soins convenables donnés au nouveau-né pour favoriser la respiration au moment de la naissance, et la ligature tardive du cordon, constituent un véritable traitement prophylactique dont l'importance ne doit jamais être perdue de vue.

Montpellier, le 15 octobre 1887.

---

# REVUE CLINIQUE

## I

### STRUCTURE ET PRONOSTIC DES KYSTES PARA-OVARIENS

Par le Dr **Terrillon**.

Dans un travail publié dans les Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie (1887) *Note sur une variété de kystes para-ovariens et ses rapports avec les kystes de l'ovaire*, j'avais essayé de montrer que la structure des parois des kystes para-ovariens, leur origine et surtout leur pronostic, étaient bien différents de ce qu'on avait cru et enseigné jusqu'à cette époque.

On avait admis jusqu'à présent qu'ils étaient absolument différents des kystes nés dans l'ovaire, par leur structure et leur contenu.

Il s'agissait de démontrer que les kystes nés dans le ligament

large et indépendants de l'ovaire étaient peu éloignés par leur structure des kystes développés dans l'intérieur et aux dépens de cet organe.

On trouve en effet parmi les kystes du ligament large indépendants de l'ovaire deux variétés apparentes. Dans les uns, et ce sont les plus fréquents, la structure de la paroi et le liquide contenu correspondent à la disposition ordinairement admise pour les kystes para-ovariens. La paroi, en général, est mince, d'une structure simple, et l'épithélium est peu varié; enfin la surface interne ordinairement lisse ne présente pas de végétations. Le liquide limpide et incolore ne contient pas de paralbumine. Les autres plus compliqués: l'épithélium devient polymorphe, on trouve des cellules caliciformes avec cils vibratiles; en un mot, l'épithélium est le même que celui des kystes ovariques, qui constituent des épithélioma mucoïdes. Quelquefois l'organisation qui doit les rapprocher des kystes multiloculaires ordinaires est encore plus complète, car on trouve à leur surface des végétations, petites, rudimentaires, atrophiées, qui cependant ont la même structure élémentaire que les végétations plus nombreuses, plus grosses, plus abondantes des kystes dits végétants.

Ces petites végétations ont aussi un revêtement d'épithélium polymorphe. Elles se trouvent disséminées par plaques dans différents points du kyste. Ce n'est pas là que s'arrête l'analogie entre les kystes du para-ovaire et ceux de l'ovaire même; analogie telle qu'en prenant depuis le kyste para-ovarien le plus simple jusqu'au kyste le plus compliqué, on trouve tous les intermédiaires et toutes les complications nécessaires pour faire un kyste ovarien uniloculaire et un peu végétant.

La nature du liquide contenu dans ces différents kystes a aussi une grande importance, car elle tend insensiblement, en passant des kystes les plus simples, aux kystes les plus compliqués, à se rapprocher entièrement des kystes mucoïdes ordinaires du parenchyme ovarien.

Ce liquide est d'autant plus limpide et moins coloré que la paroi et l'épithélium du kyste sont plus simples. Dans ceux qui ont un épithélium polymorphe et surtout des végétations rudimentaires, il devient citrin, et même coloré en brun, probablement par quelques hémorrhagies survenues aux dépens des végétations. Enfin, la composition chimique du liquide change aussi suivant que la texture et l'épithélium sont plus compliqués.

On sait en effet que la présence de la paralbumine dans les liquides des kystes, semblerait indiquer presque toujours un kyste de l'ovaire proprement dit.

Selon beaucoup d'auteurs, l'absence de cette paralbumine serait une caractéristique des kystes para-ovariens. Or cette notion est fausse, et déjà Lawson Tait et d'autres auteurs, ont prétendu que cette distinction était illusoire.

En effet, si on trouve du liquide incolore, semblable à de l'eau, et ne contenant pas de paralbumine, dans les kystes para-ovariens très simples, on trouve aussi dans d'autres, ceux dont l'épithélium est polymorphe, et surtout ceux qui ont de petites végétations, de la paralbumine en quantité notable.

Enfin on a vu des kystes dont le liquide extrait par une première ponction, ne contenait pas de paralbumine, présenter de cette substance, lors d'une deuxième ponction.

Ces kystes se sont donc transformés; leur épithélium, d'abord simple, cubique, incapable de produire de cette albumine spéciale, s'est modifié par places, il est devenu caliciforme et a sécrété la paralbumine; telle est au moins l'explication la plus rationnelle de ces faits.

On peut ajouter que la nature du liquide semble indiquer dans beaucoup de cas la marche de la récidive après la ponction.

Les kystes à liquide sans paralbumine, se remplissent moins rapidement après la ponction, ce qui donne l'apparence d'une guérison radicale, ordinairement si trompeuse. Ceux qui en contiennent récidivent et se remplissent plus rapidement, quelquefois en quelques mois.

Depuis que j'ai publié les faits qui m'ont conduit à cette conclusion que les kystes du para-ovaire ne diffèrent entre eux que par des nuances successives des kystes ovariques ordinaires, et que je suis convaincu qu'on trouve tous les échelons pour arriver aux épithéliums mucoïdes de l'ovaire, j'ai observé plusieurs cas qui viennent à l'appui de la même théorie.

Cependant, un entre autres, m'a semblé tellement intéressant que je le rapporte en le faisant suivre de quelques réflexions :

Mlle X..., âgée de 23 ans, ordinairement bien portante et bien réglée, s'est aperçu il y a trois ans environ que son ventre augmentait de volume; en même temps survinrent des envies fréquentes d'uriner, et quelques douleurs dans les reins et le bas-ventre.

Après quelques mois de cet état, un médecin consulté constata la présence d'une petite tumeur dans l'abdomen, siégeant surtout à gauche, mais sans pouvoir préciser un diagnostic.

Comme la tumeur augmentait, une ponction fut pratiquée au mois de janvier 1887. Le liquide qui fut extrait (trois litres environ) était incolore, transparent, non filant, absolument analogue à de l'eau pure. Aussi le diagnostic fut nettement posé : kyste du ligament large ou du para-ovaire.

En même temps, le pronostic fut déclaré absolument bénin, et on espéra que le liquide ne se reproduirait pas ou très lentement.

Deux mois après l'évacuation, la poche s'était remplie; elle occupait toujours le côté gauche, et les symptômes du début avaient reparu. Comme l'augmentation du volume s'accentuait visiblement, la mère de la malade se décida à la faire opérer.

L'opération fut pratiquée le 1er octobre 1887 avec le concours de M. le Dr Routier,

Une incision très petite, pratiquée sur la ligne médiane permit d'atteindre le kyste. La ponction donna quatre litres de liquide incolore, à peine filant.

C'était un kyste simple, coiffé par un feuillet mince du ligament large ; un large pédicule membraneux comprenant la trompe avec l'ovaire accolés à la tumeur, le fixait à la partie supérieure du bassin

Ce pédicule, qui était situé à gauche, peu épais malgré sa largeur, fut lié avec trois cordonnets de soie, et enlevé avec le kyste, l'ovaire et les trompes.

L'ovaire droit, assez gros, parut sain. Une suture abdominale avec trois fils d'argent compléta l'opération, qui avait duré 18 minutes. La malade guérit.

Voici les résultats de l'analyse du liquide kystique faite par M. Audoucet, pharmacien ; pour 1000 c.c., on a trouvé :

| | |
|---|---|
| Hydropisine ..... | 0 gr. 50 |
| Paralbumine..... | 17 gr. 55 |

Le kyste, enlevé en totalité, était recouvert d'une pellicule mince qui lui adhérait par des tractus fibreux lâches et sur laquelle on voyait des veines encore remplies de sang, formant des réseaux assez espacés.

Cette pellicule, qui n'était autre que le ligament large aminci, fut détachée facilement et contenait dans son dédoublement la trompe assez grosse et l'ovaire volumineux et fortement bosselé ; ces deux parties étaient absolument indépendantes du kyste.

Celui-ci fut ouvert largement. Sa paroi était assez mince blanchâtre, d'une épaisseur à peu près uniforme, lisse dans une partie de son étendue, mais elle présentait par places des végétations, peu saillantes, assez résistantes sous le doigt et disposées par plaques de plusieurs centimètres carrés.

Cette paroi fut examinée par MM. Malassez et Poupinel, qui m'ont remis la note suivante :

« Nous avons examiné des fragments de la paroi kystique pris au niveau des végétations, et dans les points où la paroi paraissait lisse. Des morceaux ont été placés pendant 24 heures dans l'alcool au 1/3 pour nous permettre d'examiner après raclage les cellules épithéliales du revêtement kystique.

D'autres fragments ont été durcis par l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool, puis coupés en tranches minces et colorés au picro-carminate.

L'examen microscopique de ces divers fragments nous a conduit aux conclusions suivantes : La paroi kystique est constituée de tissu conjonctif fibreux parcouru par des vaisseaux sanguins. Sa face interne présente en certains points des végétations en choux-fleurs à charpente le plus souvent fibreuse, parfois fibro-myxomateuse. Dans les points où elle paraît lisse à l'œil nu, la paroi est, sous le microscope, plissée et présente des dépressions, premier degré des végétations en choux-fleurs. La surface interne de la paroi kystique, dans toute son étendue, est tapissée de cellules épithéliales qui lui forment un revêtement continu. Ces cellules épithéliales sont presque toutes surmontées de cils vibratiles. Exceptionnellement, on observe quelques cellules muqueuses, quelques cellules dépourvues de cils vibratiles, mais surmontées d'un plateau, enfin des cellules cylindriques basses, presque cubiques, sans cils vibratiles ni plateau. »

L'ovaire attenant à la tumeur est d'un volume quelque peu supérieur à la normale ; il est irrégulièrement bosselé.

A la coupe, on constate que ces bosselures sont dues à de petites cavités kystiques de volume variable, ne dépassant pas le volume d'un gros pois et siégeant toutes dans la couche corticale de l'ovaire.

Les petites cavités, dans les coupes que nous avons examinées, nous paraissent être des vésicules de Graaf à divers degrés de leur évolution, et non de petites cavités dues à l'invasion de l'ovaire par la néoplasie épithéliale. On trouve aussi dans l'ovaire plusieurs corps jaunes, dont un tout récent.

Ce kyste était donc bien développé dans l'épaisseur du ligament large et en dehors de l'ovaire dont il était absolument indépendant.

Sa paroi interne était un peu épaisse, elle était couverte par places de petites végétations rudimentaires difficiles à

voir sans un examen attentif. Enfin le liquide revenu malgré son apparence limpide et sa fluidité parfaite, contenait une proportion notable de paralbumine.

Il était donc par sa structure et son contenu très voisin des kystes ovariens proprement dits (épithéliomas mucoïdes de Malassez et de Sinéty).

Cette observation démontre donc encore une fois la conclusion que j'avais tirée de mon premier travail à propos de la nature de ces kystes.

Après avoir établi ainsi la nature réelle de ces kystes para-ovariens, je vais indiquer ce qu'ils présentent de spécial à propos de leur pronostic et de leur traitement.

Ainsi que je l'avais dit, les kystes du ligament large indépendants des ovaires peuvent présenter deux variétés : les uns ont une paroi simple, avec épithélium cubique et contenu liquide sans paralbumine. Ce sont les kystes simples qui peuvent donner après évacuation de leur contenu l'apparence d'une guérison définitive, mais cependant récidivent toujours tôt ou tard, quelquefois après plusieurs années. Ils nécessitent à cause de cela une opération radicale. (D'après les conclusions d'un mémoire publié dans les Bulletins de la Société de chirurgie, 1885, p. 551, et intitulé : *Du Traitement des kystes para-ovariens. — Leur récidive après la ponction simple* )

Les autres kystes ont une paroi plus épaisse, l'épithélium est polymorphe et formé en partie de cellules caliciformes ou de cellules à cils vibratiles ; on y trouve des végétations intermédiaires et le liquide contient de la paralbumine, malgré son apparence de fluidité et de transparence.

Ces kystes récidivent plus rapidement après les ponctions; ils nécessitent donc une intervention chirurgicale complète plus hâtive que les autres.

Il est probable que ces deux variétés apparentes se confondent souvent et qu'elles peuvent se transformer l'une dans l'autre, avec le temps, ainsi que le prouvent certains cas dans lesquels le liquide ne contenait pas de paralbumine

après la première ponction et en contenait après la suivante.

Au point de vue de leur traitement ces kystes se prêtent encore à une considération importante.

J'ai montré que toujours il devaient être traités chirurgicalement et que la ponction seule ne pouvait pas les guérir. On doit donc les enlever en totalité.

Cependant il existe des cas dans lesquels la dissection ou décortication de ces kystes, inclus dans le ligament large profondément dans le fond du bassin, devient impossible ou dangereuse.

Dans ces conditions, il est préférable de les drainer avec un tube de caoutchouc en anse passant par le cul-de-sac vaginal et par la plaie abdominale.

Or j'ai été obligé de traiter ainsi quatre kystes du paraovaire, qu'il m'avait été impossible de décortiquer. Dans trois cas il s'agissait de kystes simples à liquide sans paralbumine et correspondant par conséquent à la variété la moins compliquée. Chez eux je n'avais constaté, en explorant la poche largement ouverte par la laparotomie, aucune trace de végétation.

Ces malades guérirent rapidement et la cavité ainsi drainée, se combla en moins de vingt jours, sans donner lieu à aucun accident. Depuis l'opération, chez aucune d'elles, il n'y a eu de récidive après 3 ans ; 2 ans ; dix-huit mois. Mais chez ma quatrième malade, les choses se sont passées différemment, ce que j'explique par le fait de structure plus complexe de la paroi kystique.

Il s'agissait d'une jeune femme qui portait un kyste du ligament large à gauche, déjà ponctionné une fois, six mois avant l'opération. Le kyste venait proéminer dans le bassin à côté de l'utérus rejeté à droite et refoulait le cul-de-sac vaginal. J'avais diagnostiqué par conséquent une inclusion dans le ligament large.

L'opération eut lieu le 1er mai 1886. Je trouvai un kyste tellement profondément inclus dans le ligament large et dans le petit bassin que malgré des tentatives prolongées je

ne pus le décortiquer. L'ovaire et la trompe étaient indépendants, appliqués et maintenus simplement contre le kyste par le ligament large.

Je fus donc forcé de le drainer par le vagin après avoir soudé l'ouverture supérieure par une collerette de sutures à la plaie abdominale.

En explorant ce kyste j'avais été frappé de la présence de plusieurs plaques de végétations, petites, rugueuses, à la surface du kyste. Le liquide examiné après l'opération contenait quelques grammes de paralbumine malgré son apparence de fluidité et de transparence parfaite, sans coloration (eau pure).

Les cellules sont presque partout disposées sur une seule couche régulière et continue.

Cette constatation me donna quelque inquiétude sur l'avenir de ce kyste.

Dès les jours suivants, malgré des lavages faits avec soin par mon interne M. Jacquinot, il y eut des phénomènes d'infection. Des lambeaux grisâtres et putréfiés se détachaient de la profondeur du kyste et sortaient difficilement en dehors.

Grâce à une antisepsie parfaite, la malade put, après six semaines, voir sa santé se raffermir, les parois du kyste ne donnaient plus de lambeaux, la fièvre tomba, mais la fistule ne se tarit qu'après six mois.

Mais quelques mois après, une nouvelle tuméfaction en partie résistante, apparut du côté gauche du ventre, avec des douleurs et des tiraillements. Actuellement, 20 janvier 1888, on constate une récidive dure, très sensible à la palpation et une incision exploratrice, pratiquée le 10 janvier, a permis de constater une tumeur bosselée, occupant le côté gauche du bassin et englobant le bord gauche de l'utérus, qui est fortement refoulé à droite.

La malade se plaignait depuis quelques mois de perdre du liquide séro-purulent par le rectum, et cela d'une façon intermittente. J'ai supposé que la paroi kystique a végété à

nouveau pour former la masse solide que j'ai explorée sans pouvoir l'enlever, et que la cavité ne se remplit pas de liquide à cause de cet écoulement intermittent qui se fait par l'anus.

L'état général n'est pas mauvais, mais je crois cette malade menacée de tout inconvénient d'une répullulation et d'une augmentation lente de son kyste. Je termine en insistant sur le caractère malin et particulièrement sérieux de ces kystes para-ovariens plus complexes et se rapprochant par leur structure des kystes ovariens proprement dits. Ils récidivent plus rapidement que les autres après la ponction et ils exposent à une récidive locale par végétation de leur paroi si on est obligé de les laisser en place.

Mme T..., âgée de 32 ans, est adressée à la Salpêtrière par M. le Dr Levillain. Elle a eu un seul enfant il y a 14 ans. Toujours bien réglée. Au mois de mai 1884, elle s'aperçut de la présence d'une grosseur dans le ventre, occupant le côté gauche et qui fut d'abord prise pour une grossesse.

A peu près deux ans, après le début du kyste, on fit une ponction en mars 1886. Celle-ci donna du liquide transparent, très fluide et qui fit penser à la présence d'un kyste paraovarien.

Malgré la ponction le liquide se reproduisit rapidement et la poche était en partie remplie, mais sans être tendue lorsque je l'opérai à la Salpêtrière le 15 mai 1886 avec le concours de MM. Monod et Schwartz.

Après l'incision abdominale, on découvre le kyste qui est ponctionné et donne trois litres de liquide transparent, très fluide et à peine teinté en jaune.

Le kyste est manifestement inclus, dans le ligament large. Plusieurs tentatives de décortication montrent l'impossibilité de séparer le kyste des feuillets du ligament. Les parois du kyste sont très saignantes. On voit la trompe et l'ovaire gauches à la surface du kyste mais absolument indépendants de lui.

Devant l'impossibilité de décortiquer le kyste, il est largement ouvert et la main introduite dans son intérieur permet de reconnaître qu'il s'agit d'un kyste uniloculaire mais présentant par places des petites végétations courtes, rugueuses, à peine saillantes.

Ce kyste occupe une grande partie du petit bassin; il descend jusqu'au cul-de-sac du vagin qu'il refoule; par conséquent la décortication si elle était possible, laisserait des désordres considérables et donnerait probablement une hémorrhagie abondante.

Les bords de l'ouverture kystique sont fixés par des sutures à la paroi abdominale et un gros drain passant par cette ouverture, par le fond du kyste et le cul-de-sac correspondant, ressort par le vagin. Les parois du kyste étaient tellement vascularisées qu'on est obligé de laisser huit pinces à forcipressure sur les bords. Un tampon d'iodoforme est placé dans le vagin. L'opération a duré 1 h. 20

A partir du cinquième jour la malade eut de la fièvre, les lavages de la poche entraînaient des débris sphacélés. Le tube à drainage est retiré le 15 juin et remplacé par des fils, mais la suppuration est toujours abondante. Lorsque la malade quitte la Salpêtrière à la fin de juin, il existe une fistule donnant beaucoup de liquide.

La fistule abdominale persista jusqu'à fin décembre, mais à partir de cette époque la malade éprouva des douleurs profondes dans le bassin, elle fut obligée de garder le lit, bientôt une fièvre assez violente se déclara et vers la fin de janvier 1887, un abcès s'ouvrit dans le rectum et resta fistuleux jusqu'en janvier 1888, entraînant des troubles généraux, fièvre, frissonnements, surtout quand l'écoulement s'arrêtait.

En même temps on sentait dans l'abdomen, au-dessous de la cicatrice opératoire et à gauche qu'une masse assez dure augmentait lentement.

La malade rentre à la Salpêtrière le 5 janvier 1887. On sent manifestement une masse irrégulière occupant le petit bassin et la partie inférieure de l'abdomen et qui est certainement due à la répullulation du kyste drainé. Comme une partie paraît fluctuante, la malade est endormie le 10 janvier, une incision est pratiquée sur l'ancienne cicatrice et la main est introduite dans l'abdomen. Je constate alors, que la tumeur récidivée occupe presque tout le petit bassin, absolument immobilisée et adhérente à l'utérus ainsi qu'à l'intestin et que la partie qui paraissait fluctuante est constituée par une partie molle de la tumeur.

Depuis cette exploration, la plaie abdominale est refermée. Les suites furent parfaites et la malade se porte très bien.

## II

### KYSTES DE L'OVAIRE INCLUS DANS LE LIGAMENT LARGE. — DÉCORTICATION. — TRAITEMENT CONSÉCUTIF.

Par le Dr **Terrillon**.

Dans un travail que j'ai publié en 1883 dans les Bulletins de la Société de chirurgie (p. 544) sur : *les tumeurs de l'ovaire incluses dans le ligament large*, j'avais cherché à déterminer, avec des exemples empruntés aux autres chirurgiens et avec des faits personnels, quels étaient les rapports de ces kystes avec les organes voisins.

J'ai montré qu'elles étaient les conséquences de ces rapports au point de vue opératoire, quand on pratique la décortication de ces kystes pour les séparer des feuillets du ligament large.

Mais je n'avais pas insisté suffisamment sur le traitement consécutif et surtout sur la façon dont en doit traiter la surface saignante résultant de la décortication et utiliser les lambeaux des ligaments larges déchirés.

Je désire montrer par quelques exemples personnels comment on doit se conduire lorsqu'on a produit des désordres étendus dans le petit bassin après une semblable décortication.

Quand la décortication d'une tumeur peu volumineuse incluse dans le ligament large ne doit laisser que des lambeaux peu étendus, et surtout quand cette tumeur ne plonge pas trop profondément vers la base des ligaments et dans le voisinage du vagin, il n'y a pas lieu de ménager les ligaments.

Après la décortication, il ne reste qu'une surface peu profonde, anfractueuse, mais dont on peut diminuer l'étendue en faisant des résections ou des ligatures sur les lambeaux.

Lorsque, au contraire, la tumeur plonge dans la base du ligament large et vient se mettre en rapport profondément avec le vagin en refoulant même la paroi de cet organe, on

se trouve après la décortication, en présence d'une véritable poche anfractueuse et saignante, où s'accumuleront les liquides.

Dans ce cas, on aura beau réséquer des lambeaux du ligament large hypertrophié qui constituent les parois de cette cavité, celle-ci sera seulement rétrécie. Mais elle ne sera pas comblée et toujours la partie déclive existera et formera un cul-de-sac dangereux.

C'est alors qu'il semble plus prudent de ne pas mettre cette partie en communication avec le péritoine, mais au contraire de l'en séparer complètement, et de la traiter en dehors de cette séreuse.

Le moyen le plus rationnel qui se présente à l'esprit est de souder les bords de cette poche à la paroi abdominale, de façon à former une véritable bourse dont l'ouverture est située supérieurement et communique avec l'intérieur.

Mais cette séparation une fois obtenue on ne peut abandonner cette poche à fond déclive à elle-même, car les parois n'ont pas une tendance à s'agglutiner rapidement, et les liquides s'accumulant dans son intérieur peuvent se putréfier ou suppurer.

Il est donc de toute nécessité de veiller à l'antisepsie de cette cavité et à permettre son oblitération progressive en se mettant à l'abri des accidents dus à la suppuration et à la résorption des liquides.

Deux moyens se présentent à nous.

L'un qui consiste à drainer le fond de cette cavité du côté du vagin, de façon à permettre l'écoulement facile des liquides, et au besoin de pratiquer des lavages répétés dans la poche.

L'autre qui aurait pour but d'empêcher toute septicité de la paroi de la poche, et de favoriser sa fermeture par la cicatrisation du fond vers l'ouverture supérieure.

J'ai employé ces deux moyens dans deux circonstances à peu près semblables et tous deux m'ont fourni des succès.

Il est nécessaire d'entrer dans quelques détails sur leur

mode d'application ; pour pouvoir indiquer ensuite quel est celui que je préfère.

Le drainage s'obtient au moyen d'un tube en caoutchouc rouge, de la grosseur du petit doigt et percé de trous nombreux. Il doit avoir des parois épaisses de façon à résister aux pressions des tissus environnants qui tendent à l'aplatir. Pour l'introduire dans la cavité et le faire pénétrer dans le cul-de-sac vaginal correspondant il est nécessaire de faire la manœuvre suivante.

Un long trocart courbe de Chassaignac est introduit dans le vagin, la partie mousse du mandrin se trouvant à l'extrémité du trocart, celui-ci est placé dans le cul-de-sac vaginal au niveau du fond de la cavité et ensuite poussé en haut de manière à proéminer du côté de celle-ci. Le doigt ou la main introduite dans la plaie abdominale, permet de vérifier si le trocart est bien placé et s'il n'atteint pas quelque organe important surtout la vessie.

Sa position latérale et inférieure permettra ordinairement d'éviter le bas-fond de cet organe.

Lorsque le trocart semble bien disposé, l'instrument est muni de sa pointe et on perfore franchement le fond du cul-de-sac qui doit subir le drainage.

La pointe du trocart est amenée au dehors au niveau de la paroi abdominale.

Un gros fil de soie auquel est attaché solidement le tube de caoutchouc est fixé au mandrin du trocart. Un chas assez large percé près de l'extrémité de ce mandrin permet de fixer solidement le fil conducteur.

Les choses étant ainsi disposées, on retire tout l'appareil à travers le vagin ; une secousse brusque et rapide entraîne l'extrémité du tube qui souvent rencontre une certaine résistance pour traverser la paroi vaginale.

L'extrémité abdominale du tube est coupée à ras de l'abdomen et munie d'une longue épingle de sûreté.

L'extrémité inférieure est libre dans le vagin.

Pour terminer l'opération, et assurer l'antisepsie, il est

bon de laver avec la liqueur de Van Swietem la poche et le vagin, par l'intermédiaire du tube.

Souvent celui-ci très serré au passage de la paroi vaginale, ne fonctionne pas nettement au début. Il suffit alors d'attendre au lendemain pour le lavage.

Une bonne précaution consiste à placer à l'entrée du vagin un tampon assez volumineux de gaze iodoformée, pour empêcher toute pénétration nuisible dans la cavité vaginale.

Un pansement iodoformé et phéniqué protège de même la plaie abdominale et l'orifice supérieur de la cavité drainée.

Malheureusement ce procédé a un inconvénient grave qui s'est présenté déjà une fois à mon observation, et qui a été signalé par plusieurs chirurgiens notamment par Bardenauer. Il consiste dans la perforation d'un des gros vaisseaux qui occupent le plancher du bassin et surtout le bord de l'utérus. Une hémorrhagie grave résulte de cette perforation des grosses veines. Il est très difficile de l'arrêter. Aussi doit-on préférer le procédé suivant.

Lorsqu'on préfère ne pas pratiquer le drainage complet, on peut avoir recours au moyen que j'ai employé dans l'observation suivante :

Il consiste à remplir le fond de la cavité avec des boulettes de gaze iodoformée. Celles-ci ne doivent pas distendre la cavité dont les parois tendent toujours à se rapprocher les unes des autres, mais elles doivent seulement remplir le vide qui reste entre elles.

Un tube à drainage assez gros, plongeant jusqu'au fond de la poche, assure l'écoulement des liquides au moins pendant les premiers jours.

Le pansement reste en place pendant quatre ou cinq jours, il est ensuite retiré avec soin.

La cavité est de nouveau remplie, mais moins exactement avec les boulettes de gaze iodoformée. On ne pratique aucun lavage car la cavité donne une très petite quantité de liquide puriforme.

On arrive ainsi après trois ou quatre pansements bien

combinés à intervalles de trois à cinq jours à voir diminuer la cavité, grâce à la pression si efficace des intestins, qui agit sur les parois de façon à les rapprocher invinciblement l'une de l'autre.

Une poche pouvant contenir une tête de fœtus, et occupant une partie du petit bassin, peut être entièrement comblée dans vingt à vingt-cinq jours.

Il ne reste plus alors qu'à obtenir l'obturation de la plaie abdominale qui a été maintenue béante, ce qui demande cinq à huit jours encore.

C'est ainsi que les choses se sont passées dans l'observation suivante qui pourra servir de type pour ce mode de traitement.

## III

*Kyste multiloculaire de l'ovaire droit inclus dans le ligament large. — Décortication très étendue. — Cavité très profonde et anfractueuse restant après l'opération. — Pansement à l'iodoforme sans drainage. — Guérison.*

Mme X..., âgée de 57 ans, est entrée le 18 avril 1885, à la Salpêtrière pour une tumeur abdominale.

Les antécédents de cette malade sont peu importants. Réglée à l'âge de 14 ans ; les périodes étaient très régulières, elle eut un avortement à l'âge de 18 ans et une grossesse deux ans après. Vers l'âge de 25 ans on constata quelques crises de coliques hépatiques avec ictère.

Depuis cette époque elle fut toujours bien portante et vit disparaître ses règles il y a 4 ans environ.

La tumeur abdominale a commencé il y a environ deux ans. A ce moment la malade fut prise de douleurs abdominales très vives avec irradiation du côté des reins et de la cuisse du côté droit avec des vomissements. Ces accidents durèrent environ 8 jours.

A ce moment un médecin qui fut consulté lui dit qu'il avait constaté dans le côté droit du petit bassin une tumeur ayant le volume d'une mandarine. Depuis cette époque la

tumeur alla en augmentant d'une façon régulière mais avec des crises douloureuses survenant de temps en temps.

Elle portait cette tumeur depuis environ un an lorsqu'elle fit une chute sur le ventre, celle-ci provoqua de violentes douleurs qu'on compara à celles d'une péritonite.

*État actuel.* — Le ventre est volumineux et fait une saillie prononcée en avant. Les parois abdominales sont fermes et tendues sur la tumeur. Celle-ci présente une consistance ferme, rénitente; il semble qu'il existe une grande poche tendue à la partie supérieure. Elle occupe assez nettement la partie médiane du ventre en reportant un peu plus à droite.

La circonférence abdominale est de 95 cent. Par le toucher vaginal, on constate que le col est petit, non perméable au niveau de l'orifice interne. L'utérus est immobilisé et on trouve dans le cul-de-sac droit et dans le cul-de-sac postérieur une tumeur vaguement fluctuante qui efface ces parties et se continue avec la masse abdominale. Le toucher rectal donne les mêmes renseignements.

Les mictions sont fréquentes, peu abondantes avec léger ténesme vésical et cela depuis 3 mois au moins. La malade se plaint également d'une constipation opiniâtre avec débâcles de temps en temps et de douleurs irradiées du côté des reins et de la cuisse.

L'opération est pratiquée le 28 avril avec l'aide de MM. Monod et Schwartz.

Une incision très longue arrivant jusqu'à l'ombilic est faite d'emblée; elle fut prolongée ensuite au-dessus de l'ombilic.

Il n'existait pas d'adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale. Quatre ponctions avec le gros trocart furent pratiquées dans des poches différentes, petites et contenant des liquides variés. La tumeur étant ainsi diminuée je cherche à reconnaître ses connexions profondes et je trouve à gauche une adhérence assez intime avec la paroi abdominale d'une étendue égale à celle de la main. Ces adhérences sont assez facilement détruites.

Je constate alors d'une façon très nette que la plus grande partie du kyste plonge dans le ligament large, principalement à droite et se prolonge assez profondément dans son intérieur jusqu'aux culs-de sac vaginaux, en empiétant derrière l'utérus sur le côté gauche. L'utérus, placé en avant, est accolé intimement à la tumeur.

Après avoir ouvert le ligament large à droite et en avant je pus en allant lentement décortiquer toute la surface du kyste. Quelques particularités de cette décortication doivent être signalées. Je trouvai du côté droit à la partie supérieure du bassin un gros pédicule vasculaire que je coupai entre deux ligatures.

La face postérieure de l'utérus était adhérente dans toute son étendue à la poche kystique et le tissu utérin vers le bord supérieur de cet organe se prolongeait en s'étalant sur le kyste.

Malgré l'écoulement abondant du sang la séparation de ces parties peut se faire assez facilement.

Il existait également une adhérence assez étendue avec la partie latérale droite de la vessie.

La décortication fut surtout très pénible sur le prolongement que la tumeur envoyait au niveau du cul-de-sac vaginal droit et derrière le col de l'utérus.

J'agissais à une grande profondeur et dans une région remplie de grosses veines qu'il eut été dangereux d'ouvrir. Cependant avec de la patience j'arrivai à enlever complètement le kyste multiloculaire.

L'ablation terminée, nous avions sous les yeux une vaste cavité formée, en arrière et sur les côtés par les débris du ligament large épaissi, en avant par la face postérieure de l'utérus et une partie de la vessie. Vers le fond la surface était sanguinolente et tapissée par des grosses veines.

Je pensai qu'il était dangereux d'obturer cette cavité saignante par une simple ligature en masse. Je préférai donc conserver toute cette surface de façon à la surveiller. Pour cela je suturai les bords de cette cavité disposée en entonnoir

à la partie inférieure de la plaie abdominale, dont j'avais obturé la partie supérieure par des sutures au fil d'argent.

Ainsi était constituée une vaste cavité profonde, mais complètement séparée du péritoine.

Le meilleur moyen pour faciliter l'écoulement des liquides dans une aussi vaste poche eût été de pratiquer un drainage par le vagin ce qui eût été facile à cause de l'accolement intime du cul-de-sac vaginal avec la partie inférieure de la cavité. Mais me rappelant un cas malheureux de Bardenauer dans lequel la perforation du cul-de-sac amena l'ouverture d'une grosse veine, d'où hémorrhagie mortelle, et un fait personnel où l'hémorrhagie avait été très inquiétante, je renonçai à ce moyen, car dans le cas présent j'aurais probablement eu le même accident, car les gros vaisseaux occupaient la partie la plus déclive. Je me contentai donc de mettre un tube à drainage plongeant dans le fond de la cavité et sortant par la plaie abdominale, mais en ayant soin de remplir toute la poche de petits tampons d'iodoforme qui devaient tout en comprimant les parois saignantes produire une asepsie complète.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La pansement avec la gaze iodoformée fut renouvelé tous les quatre ou cinq jours. Jamais il n'y eut de fièvre.

Après 22 jours la cavité qui s'était rétrécie petit à petit, s'était comblée, il ne restait qu'une place plate, large comme une pièce de 2 francs, qui se guérit après dix jours.

La malade sortit guérie de la Salpêtrière le 10 juin 1885, depuis elle m'a donné de ses nouvelles (janvier 1888), et elle se considère comme absolument guérie.

En présence d'une aussi grande surface de décortication, je n'ai eu qu'à me louer d'avoir employé ce moyen d'isolement de la surface saignante en la séparant du péritoine, et aussi d'avoir mis de la gaze iodoformée pour aider le drainage, et empêcher l'altération de la paroi interne de la poche.

Ce moyen dont Mikuliez fait un procédé général m'a été très utile dans ce cas, et il a rendu les soins consécutifs plus

faciles que le lavage quotidien, si difficile dans une poche aussi anfractueuse et aussi déclive, aussi je l'emploirai volontiers dans des circonstances semblables.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

*Séances de décembre* 1887 *et janvier* 1888.

DÉCEMBRE 1887. — M. DAGRON a présenté un volumineux *fibromyome extra-utérin* pédiculé, enlevé avec succès par M. Lucas-Championnière, à une femme chez laquelle plusieurs symptômes faisaient penser à un cancer de l'ovaire. Il y avait en particulier avec un état cachectique une ascite abondante. A ce propos, M. *Lucas-Championnière* a cité une opération analogue de M. Nicaise pour un fibro-myome également pédiculé et mobile, et accompagné d'ascite. *M. Hartmann* a présenté en 1884 à la Société une tumeur semblable enlevée par M. Terrier.

JANVIER 1888. — M. MONPROFIT communique une observation remarquable qu'il interprète comme : *Hémorrhagie placentaire avec formation d'hématomes pédiculés très amniotiques.* La poche ainsi constituée a été expulsée plusieurs mois après la métrorrhagie qui semble correspondre à une fausse couche.

*Séance du* 13 *janvier.* — M. DAGRON fait voir deux *pyosalpingites* très volumineuses (1200 gr. de liquide dans une des poches) enlevées avec succès par M. Lucas-Championnère.

M. CHAPUT montre un cancer utérin avec adénopathie très étendue.

M. CHAMPIONNIÈRE insiste, à ce propos, sur les lymphangites de l'utérus et les phlegmons divers produits par des lymphangites utérines.

M. BLANCHARD présente un cancer de l'ovaire (épithélioma cylindrique) avec ascite, quoiqu'il n'y eût pas de végétations péritonéales, fait observer M. *Hartmann.*

*Séance du* 20 *janvier.* — M. BRAULT fait une communication sur l'*hypertrophie des glandes utérines dans les métrites* sim-

ple ou provoquées par le cancer et insiste sur le diagnostic histologique du cancer utérin.

M. Leudet : Sur un cas *d'endocardite puerpérale* limitée au cœur droit.

M. Peraire communique une opération faite par M. Richelot, pour un fibrome kystique du mésentère pris pour un kyste de l'ovaire.

A. Broca.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 12 janvier 1888.*

*Présentation d'instruments.*

Au nom de M. Ch. Dubois, M. Pajot présente une trousse contenant six valves mobiles disposées par paires, et deux porte-valves, l'un simple, l'autre double. Sur chacun d'eux, on peut fixer successivement les 3 paires de valves, ce qui permet de réaliser, à volonté, soit un spéculum ordinaire, soit un S. de Sims, ayant une des trois dimensions le plus généralement employées.

Auvard. — *a*) Un modèle **de récipient pour les irrigations vaginales ou utérines.** Il est en métal nickelé. M. Charpentier déclare que, depuis deux ans, il ne se sert que d'appareils absolument identiques et que livre depuis cette époque une maison de Paris.

(*b*) **Un bout de sein.** C'est une modification de celui de Bailly. La modification consiste dans l'adjonction d'un tube maternel. La mère facilite le travail de succion de l'enfant en opérant elle-même la montée du lait dans le réservoir. Quand M. Auvard soumit à M. Galland, fabricant d'instruments, son appareil, M. Galland lui apprit qu'un médecin de Paris utilisait depuis quelque temps un bout de sein à peu près semblable.

*Présentations* :

Auvard. — Un **nouveau-né** qui, au niveau de l'ombilic, présente une tumeur rouge, du volume environ d'une noisette, et perforée. Par l'orifice de perforation il s'écoule un liquide semblable à du méconium. M. L.-Championnière rappelle qu'il s'agit là d'anomalies fort intéressantes parce qu'elles sont très rares. Prises à tort, autrefois, pour des hernies, on sait parfaitement aujourd'hui que ces tumeurs sont constituées par des appendices intestinaux qui, comme dans le cas actuel, sont dès le moment de la naissance,

perforés ou qui s'ouvrent au moment de la chute du cordon. L'absence de vomissements, l'écoulement normal de méconium et des produits de la digestion par l'anus, prouvent bien qu'il ne s'agit pas de hernies ombilicales qui auraient été comprises dans la ligature du cordon. Ce sont donc en réalité des appendices intestinaux, analogues à l'appendice iléo-cœcal, et qui ont une tendance naturelle à s'atrophier. Donc, pas d'intervention chirurgicale.

M. Maugin présente au nom de M. Doléris : *a*) un **utérus atteint de cancer du col.** La néoplasie remonte assez haut. Hystérectomie vaginale. *Guérison*, en ce qui concerne tout au moins l'opération. L'opération terminée et la femme replacée dans son lit, on constata qu'en dépit du tamponnement, il se faisait un écoulement de sang abondant. Le tampon fut enlevé, les points fréquemment touchés avec une solution phéniquée forte, et le tamponnement refait avec de la gaze imbibée de solution phéniquée forte. Pendant les premiers jours quelques phénomènes fébriles, transitoires. Mais il se produisit un travail d'escharification qui intéressa la paroi inférieur de l'urèthre. La solution de continuité se referma, mais en s'accompagnant d'une rétraction assez forte pour diminuer d'un bon tiers la longueur de ce canal. M. Doléris se propose d'essayer, par une opération, de reconstituer, dans ses proportions normales, l'urèthre de cette femme.

*b*) **Un kyste para-ovarique**, du volume d'une mandarine. Laparotomie. *Guérison.*

L.-Championnière. Des pièces obtenues après laparotomie et provenant d'une **salpingite double.** Elles sont extrêmement remarquables par le volume, réellement extraordinaire, de l'une des trompes kystiques, que l'opérateur s'est appliqué à conserver absolument intacte. Quelques mots sur cette opération. Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans, ordinairement bien réglée, mais qui, outre une augmentation notable du ventre, était sujette à des malaises variés. Par la palpation abdominale, on constatait la présence de deux tumeurs nettement séparées l'une de l'autre, l'une douloureuse à la pression, l'autre à peu près indolore. Au toucher, l'utérus paraissait comme immobilisé et comme englobé par les deux tumeurs. L.-Championnière pensa qu'il s'agissait de tumeurs liquides, diagnostic qui pour l'une d'elle fut vérifié par la ponction. Celle-ci donna issue à *douze cents grammes de pus* ! Ce fut précisément cette quantité relativement énorme de liquide qui éloi-

gna tout soupçon de salpingite et fit naître l'hypothèse de collections ovariques. Mais, la laparotomie ayant été pratiquée, il constata, non sans surprise, qu'il s'agissait d'une double salpingite, et que la seconde trompe était le siège d'une dilatation kystique qui ne le cédait en rien à celle de sa congénère. Elle se présente sous la forme d'une tumeur cylindrique d'un volume véritablement exceptionnel. M. L.-Championnière fait en outre remarquer qu'en dépit du soin qu'il mit à enlever en même temps *et en totalité* l'ovaire correspondant à cette trompe, il lui arriva cependant de constater qu'il en avait laissé une petite portion dans le pédicule et il la cautérisa. Ce nouveau fait le confirme une fois de plus dans sa conviction que la théorie de la prétendue persistance des règles après la castration double, ne repose que sur une erreur d'interprétation, que cette persistance des règles est toujours liée à l'oubli d'ovaires supplémentaires ou de portions d'ovaires, et qu'en somme la vieille théorie française qui fait de l'ovulation et de la menstruation deux phénomènes connexes, est la vraie. MM. Pajot, Doléris, Polaillon, Guéniot se rallient entièrement à cette manière de voir.

M. Polaillon, au nom de M. Clément (Avignon), lit une courte note sur un cas d'avortement au 4e mois, qui se termina par l'expulsion d'une **môle hydatiforme**. *Guérison.*

M. Verrier, lit, au nom de M. Bousquet (Marseille), une note sur **l'emploi de l'ergot d'avoine en obstétrique**. De ce qu'il a entendu dire en Algérie au sujet de cette substance, et de quelques observations personnelles, il semble résulter que l'ergot d'avoine possède une double action : *a*) action analogue à celle produite par l'ergot de seigle sur la contractilité de l'utérus ; *b*) action générale, excitante, comparable à celle qui suit l'ingestion d'une quantité modérée d'alcool.

M. Bailly, faisant allusion à une manœuvre obstétricale, qui consiste dans le *dégagement successif des deux bras pour faciliter l'extraction du tronc* dans quelques cas d'extraction difficile, déclare que, sur l'affirmation de M. Guéniot, il avait cru, de très bonne foi, avoir inventé ce procédé opératoire. Depuis, dans un article récent, M. Ribemont a revendiqué la priorité. En réalité, déjà en 1860, Jacquemier avait décrit cette manœuvre.

M. Secheyron donne lecture d'une observation de **malformation utérine**, compliquant le travail. L'existence de la malformation utérine, soupçonnée auparavant, fut confirmée par la constatation

de l'existence d'une double bride, ou crête vaginale qui partant du col, venait aboutir, l'une après avoir cheminé le long de la paroi vaginale antérieure à un ou deux centimètres du bord supérieur de l'orifice vulvaire, l'autre, après avoir suivi la paroi antérieure, au bord inférieur de l'orifice vulvaire. La bride vaginale antérieure ayant été sectionnée, le travail marcha rapidement et la délivrance fut spontanée. L'hémostate avait été assurée au moyen de deux pinces, laissées à demeure, jusqu'au moment où la partie fœtale fut arrivée sur les tissus qui auraient pu donner du sang, les pinces furent alors retirées. A l'occasion de ce fait, l'auteur étudie la question des malformations utérines au triple point de vue du diagnostic, des complications et de la conduite à suivre.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

*Séance du* 8 *juillet* 1887.

*Présentations* : W. Nagel, le dessin d'un **ovule humain frais.** Depuis celle de Baer, c'est la première observation de cette nature.

Landau : Utérus atteint de **cancer de la portion vaginale.** Hystérectomie par le vagin, faite il y a 10 jours. La femme a pu déjà quitter le lit. L'opérateur qui pour l'hémostasie a adopté le procédé imaginé par Richelot, le déclare supérieur à tous les autres.

Martin : a) **Cancer du corps de l'utérus,** extirpé par la voie vaginale, le 30 mai. L'extension de la néoplasie aux tissus voisins rendit l'opération très laborieuse et favorisa la perforation de la vessie. Suites opératoires assez compliquées; néanmoins, 5 semaines après, la femme pouvait quitter l'hôpital; la lésion vésicale s'était si bien guérie que les urines étaient parfaitement retenues. Vers la fin de septembre, 4 mois par conséquent après l'intervention, il existait des traces de récidive.

b) **Ovaires suppurés,** dont l'extirpation fut réalisée au cours d'une péritonite généralisée subaiguë. L'utérus également atteint de cancer du corps, fut amputé. Convalescence absolument régulière.

c) Un **paquet de fils de soie.** Une femme chez laquelle il avait, 9 mois auparavant, pratiqué la laparotomie et l'amputation supra-

vaginale et qui s'était parfaitement remise de cette opération, se plaignit au bout de quelque temps d'un écoulement qui était parfois coloré. Or, en examinant bien soigneusement le col, on constata que la muqueuse formait un certain nombre de replis au milieu desquels on aperçut une anse de ligature. En tirant légèrement dessus, on fit venir ce faisceau de fils qu'on avait été obligé d'appliquer pour assurer la fermeture de l'incision cunéiforme faite lors de l'intervention.

Olshausen. Deux femmes qui ont subi *l'opération césarienne*.

Obs. I. — femme âgée de 33 ans. II pare. **Bassin ostéomalacique.** conjugué diag. 9 centim. conjug. ext. 16,5. centim. Promontoire très enfoncé. La malformation excessive faisait prévoir que si l'accouchement *per vias naturales* était peut-être possible, il serait en tout cas sûrement très difficile. La femme n'avait qu'à grand'peine échappé à la mort, à la suite d'un accouchement antérieur dans lequel on avait pratiqué la perforation sur l'enfant vivant.

Dernières règles, mi-août. Premières douleurs, dans la nuit du 17 juin. A 7 heures du matin, le col admettait deux doigts. A 8 c. 1/2. *Section césarienne*. Le placenta est dans l'incision. La ligature élastique prévient toute hémorrhagie. Extraction d'un enfant qui pèse 3510 grammes, délivrance. Au cours de l'opération, injection sous-cutanée d'une solution d'ergotine à 20 0/0.

a) Réunion de la musculaire au moyen de 12 sutures perdues, avec de la soie, et qui ne comprennent ni la muqueuse, ni le revêtement péritonéal; b) Suture séro séreuse au catgut. 20 points de suture.

*Convalescence absolument régulière. L'enfant se développe très bien.*

Obs. II. Femme âgée de 33 ans, II pare. **Rachitique**, aurait commencé de marcher à 6 ans. D. Conj. diag. 8,25 cent; conj. ext. 17,5 cent. Premier accouchement terminé par la perforation. L'opération fut conduite absolument comme dans le premier cas. Durée totale, 50 minutes. 11 sutures avec de la soie, pour la musculaire; 20 au catgut pour la séreuse.

*Convalescence accompagnée de quelques phénomènes pyrétiques légers.*

L'enfant, du poids de 2220 grammes, vint au monde avec un commencement d'asphyxie; il mourut 14 heures après.

O. . donne ensuite quelques détails, sur une troisième opération

césarienne, conduite absolument de la même manière, mais dans des conditions tout à fait spéciales.

Il s'agit d'une femme qui, après avoir subi dans un service de chirurgie, l'amputation de la cuisse, se mourait du fait d'accidents septicémiques. La section césarienne fut pratiquée dans le seul but de sauver l'enfant qu'on trouva mort bien qu'on eût quelques minutes avant l'intervention, entendu les doubles battements fœtaux. La femme qui 20 heures avant l'opération était sans connaissance, mourut quelques heures après.

L'impression qui se dégage de l'ensemble des opérations, ajoute Olshausen, est que la section césarienne classique, est en réalité une opération facile, simple, que l'excision d'une tranche musculaire est inutile, et qu'il ne faut plus aujourd'hui s'obstiner à méconnaître les indications de cette opération.

DUHRSSEN. **De la pathologie et du traitement de l'avortement** (1).

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

*Séance du 4 janvier* 1888.

LEWERS lit une note relative à un cas de **phlegmon du ligament large**. Une femme qui, à la suite d'un accouchement présenta des accidents de paramétrite et de manie puerpérale, succomba peu après à des complications pulmonaires. A la nécropsie on constata en ce qui concerne les organes pelviens, les particularités suivantes : les feuillets du ligament large droit étaient largement dissociés par un exsudat. L'épaisseur du ligament atteignait environ 4. centim. La poche ainsi constituée était limitée en haut par la trompe droite, fortement distendue. L'ovaire correspondant, adhèrent à la séreuse, était augmenté de volume et sur une coupe du ligament, l'exsudat offrait un aspect spongieux. Les vacuoles les plus spacieuses admettaient un cathéter du calibre n° 16. Elles étaient remplies d'un liquide séro-sanguin, pas de traces de pus. Au contraire, la section de l'ovaire y révéla la présence d'un abcès.

---

(1) Vid. in Ann. de gyn. et d'obstétrique, p. 74, etc., 1888, le résumé que nous avons donné de ce travail d'après la publication *in extenso* faite dans les Arch. für Gynäkologie.

Cette pièce pathologique, rare, éclaire, ajoute l'auteur, la pathogénie de l'ovarite qui, en tant que primitive, doit être considérée comme exceptionnelle. En tant que secondaire, il est beaucoup plus facile de la comprendre dans son mécanisme et dans sa localisation. Ainsi une phlegmasie qui se propage à travers la trompe, attaque surtout les tissus péri-ovariques, et aboutit à la *péri-ovarite*, tandis qu'une paramétrite, intéressant les éléments cellulaires compris entre les feuillets du ligament large, atteint le hile de l'ovaire, et aboutit à l'*ovarite parenchymateuse*.

*Discussion* : M. Duncan; G. Hewitt, Carter. Cette localisation tellement exceptionnelle dans la paramétrite traumatique qu'on ne la rencontre peut être jamais (Duncan), paraît démontrer la nature septicémique de l'affection.

Boxall. — **De la scarlatine pendant la grossesse et pendant l'état puerpéral.** — Voici les principales conclusions de ce travail qui paraît être considérable : 1° *époque à laquelle par rapport au travail, se montre la scarlatine :* a) Presque toujours elle apparaît dans la première semaine du *puerperium ;* son apparition à une date plus tardive est rare; b) Exceptionnellement, on peut la voir survenir pendant la grossesse, peu avant le début du travail 2) *du degré relatif de réceptivité de la femme gravide ou parturiente pour la scarlatine et de l'influence réciproque de la scarlatine et de la parturition :* a) Une femme exposée au virus scarlatineux peut être infectée pendant la grossesse, pendant ou après le travail; cet état de réceptivité n'est jamais plus marqué que peu avant la délivrance et durant les premiers jours qui la suivent; c) Quand l'infection se produit pendant la grossesse, le début du travail peut être hâté; d) Lorsqu'elle a lieu pendant ou peu après le travail, la période d'incubation peut être plus courte ; e) Il y a dans les considérations qui précèdent une explication suffisante du fait que la scarlatine apparaît, le plus souvent, pendant la première semaine du *puerperium* sans qu'il soit nécessaire de supposer à la scarlatine compliquant la grossesse une période d'incubation plus longue que celle de la scarlatine ordinaire.

L'auteur est arrivé, relativement aux rapports qui existent entre la scarlatine et la menstruation à des conclusions très approchantes : 1) La prédisposition à l'infection existe surtout peu avant, pendant, et immédiatement après la période menstruelle; 2) L'infection qui se produit peu avant l'époque cataméniale, peut hâ-

ter l'éruption menstruelle ; 3) Lorsqu'elle se fait pendant ou peu après une période menstruelle, l'incubation peut être plus courte.

Suit une exposition de l'évolution clinique de la scarlatine, dans laquelle sont indiquées les modifications, que lui impriment la grossesse et l'état puerpéral (urticaire, sudamina...), et l'influence qu'à son tour elle exerce sur l'accouchement... : 1) Quand le travail se déclare, pendant la période d'incubation de la scarlatine, il s'accomplit dans l'ensemble comme dans les conditions normales, toutefois les douleurs peuvent influer plus fâcheusement qu'à l'ordinaire sur l'état mental de la parturiente ; l'inertie utérine, au cas où elle se produit, se montre vers la fin du travail ; enfin, il se dégage une odeur spéciale et caractéristique. 2) Quand le travail débute en pleine attaque de scarlatine, les contractions ont une grande tendance à devenir tout à fait insuffisantes, l'inertie survient de bonne heure, l'hémorrhagie *post partum* est à prévoir La même odeur spéciale, peut exister. Quant aux conséquences de la scarlatine durant le *puerperium*, elles seraient, semble-t-il, plus fâcheuses dans les cas où on aurait déjà sounis les femmes à des lavages antiseptiques. 1) La sécrétion mammaire diminue fréquemment, quelquefois même elle se supprime. 2) Les enfants, tenus au sein, paraissent très aptes à contracter la scarlatine. 3) Quand la scarlatine frappe la mère pendant la grossesse, l'enfant peut, oui ou non, avoir la maladie *in utero*. 4) Lorsque la mère est atteinte peu avant la délivrance, le plus généralement, l'enfant échappe à l'infection, mais il peut être infecté ultérieurement. British. med. Journal, 14 janvier 1887).

Dr R. Labusquère.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

*Séance du* 15 *novembre* 1887.

PRÉSIDENCE DE HANKS

**Ciseaux pour la trachélorrhaphie**, par Hanks.

Ces ciseaux sont faits de telle sorte qu'ils commencent à couper par l'extrémité libre. A une petite distance de la pointe, le tranchant est évidé, de sorte que, si l'on regarde le plat, lorsqu'ils sont

à moitié fermés, on voit les pointes réunies, et une ouverture en losange entre les parties tranchantes.

JACOBUS présente un **fœtus à terme, affecté d'une hernie congénitale des viscères abdominaux et du poumon gauche, développement incomplet d'une portion de la paroi abdominale, courbure latérale droite du rachis.** — La mère n'a éprouvé aucune impression violente pendant sa grossesse. Aucun antécédent de malformation dans la famille.

Présentation transversale, version podalique.

Placenta normal. Le petit monstre était mort avant de venir au monde.

**Placenta retenu durant 9 semaines après un avortement à 3 mois et demi**, par Mc LEAN. Métrorrhagie, ergot, expulsion du délivre.

LE PRÉSIDENT n'a jamais vu un placenta retenu, conserver aussi bien sa forme. Les cas de ce genre plaident contre l'extraction immédiate, puisqu'ils prouvent que l'arrière-faix peut demeurer dans l'utérus sans mettre la femme en danger.

GRANDIN regarde ces cas comme exceptionnels. L'enlèvement immédiat garantit l'accouchée contre les hémorrhagies et la septicémie, pour lesquelles il est souvent appelé dans sa clientèle gratuite.

Mc LEAN ajoute que l'adhérence du placenta à l'utérus est la garantie contre la septicémie. Il recommande le tampon.

HUNTER et EMMET sont partisans de l'enlèvement immédiat.

BOLDT, de même. Les risques de septicémie sont d'autant plus grands que les fragments sont plus petits. Il se sert de la curette sans employer de la force, puis il attend, et répète le curage, s'il est nécessaire.

HUNTER. **Kyste colloïde multiloculaire.** — La malade, opérée il y a 2 jours, va bien.

HUNTER présente aussi un **fibrome pesant 140 livres**, enlevé après la mort de la malade par S. H. Hunt, de Longbranch.

FREEMAN a enlevé, en juin dernier, un fibrome du poids de 51 livres. L'opérée n'a pas résisté au *choc*.

MUNDÉ, EMMET et BOLDT ne placent un tube à drainage, que lorsque le suintement est très abondant, ou lorsque la toilette du péritoine n'a pu être complète.

MUNDÉ présente un **fibro-myxome de l'endométrium**, enlevé par morceaux avec la curette.

FREEMAN. **La gelsémine en obstétrique, et dans les maladies des enfants.** — Les propriétés du gelsemium ont été découvertes par un planteur du Mississipi, qui en a pris par erreur une décoction et a été guéri d'une fièvre grave.

L'auteur cite des cas d'empoisonnement mortel; puis il le recommande dans la chorée, dans les fièvres intermittentes, les convulsions, le tétanos, la méningite, la dysenterie, le rhumatisme des enfants.

Il est fort utile dans les douleurs irrégulières du début de l'accouchement, dans la rigidité du col et de la vulve, dans les tranchées. Associé avec le chanvre indien, il calme la névralgie ovarique et utérine, il vaut mieux que l'opium, dans la dysménorrhée. Il rend des services dans la ménorrhagie, dans la leucorrhée. L'auteur le regarde comme souverain dans l'hystérie.

PERRY l'a trouvé infidèle.

*Discussion* : B. EMMET, MORRILL, BOLDT, MUNDÉ, VAN RAMDOHR, JACOBUS, GOFFE, FREEMAN.

**Carcinome dans un utérus biloculaire**, par JANVRIN. — L'utérus n'avait qu'un col, et n'était pas bicorne.

La malade fut traitée par le curage et les caustiques. Martin, de Berlin, avait conseillé l'extirpation de l'utérus par la laparotomie, mais Janvrin n'osa pas la tenter, à cause de l'épuisement de la malade.

**Prolapsus complet de l'utérus chez une vierge**, par MUNDÉ. — L'accident, qui datait de 6 semaines, avait été produit par un violent effort. Mundé appliqua un bandage d'Esmarch et put faire la réduction. Plus tard la malade revint à l'hôpital du Mont-Sinaï, se plaignant de chute de la matrice. Mundé fit le même jour l'opération d'Alexander, et la colpo-périnéorrhaphie de Hegar qui lui réussirent.

*Séance du 6 décembre 1887.*

PRÉSIDENCE DE HANKS

Le PRÉSIDENT présente une **aiguille à suture**, dont le chas est percé à la partie la plus large et non dans la cambrure, mais sur le côté; grâce à la forme de sa pointe qui est celle de Hagedorn, elle pénètre aisément dans les tissus.

Mc LEAN. **Cas rare de dystocie fœtale.** — Le bras gauche énormé-

ment tuméfié par un hématome, restait fixé sous le pubis; une contraction violente expulsa le fœtus, *par l'évolution spontanée, le siège le premier*. Le bras gauche sortit le dernier.

GILLETTE. **Cure radicale de la rectocèle et de la cystocèle par la ligature.**

BYRNE a indiqué une méthode analogue, il y a 10 ou 12 ans : il passe un gros fil d'argent au-dessous de la masse herniée, puis une seconde aiguille, d'avant en arrière, et il entortille le fil autour de cette aiguille. Deux jours après, lorsque les tissus ont perdu leur vitalité, il les enlève avec le cautère actuel.

MURRAY a vu opérer Gillette et affirme que la cicatrice est solide.

CLEVELAND, malgré les bons résultats obtenus par Gillette, préfère la méthode d'Emmet.

Pour MUNDÉ, la méthode de Gillette a l'inconvénient de se faire en deux séances. Il préfère celle de Stoltz : l'enlèvement d'un lambeau elliptique suivi d'une suture. La cicatrice qui en résulte est très solide ; néanmoins, la périnéorrhaphie est indiquée.

MUNDÉ. **Position O. P., extraction de la tête, flexion manuelle, forceps.** — L'enfant se présentait presque par le front; le forceps échoua, la rotation manuelle ne réussit pas non plus. Mundé fit fléchir la tête avec sa main, et acheva l'extraction par une seconde application de forceps, l'occiput demeurant en arrière. Le périnée, légèrement déchiré, fut suturé avec succès.

PARTRIDGE croit que la rotation faite avec la main ou le forceps ne réussit que rarement; si la tête tourne, c'est sous l'influence des forces naturelles.

Mc LEAN veut que le diagnostic soit fait avant l'application du forceps.

MUNDÉ a tenté, une fois, de faire la rotation à l'aide du forceps, sur la recommandation de Scanzoni, dans le service de ce dernier; il a déchiré le vagin. Dès lors, Scanzoni lui a enseigné de laisser la tête tourner dans le forceps.

HANKS. **Gestation de 10 mois, rétention du fœtus mort pendant 4 mois et demi.** — L'auteur prend pour début de la grossesse, les dernières règles. Le col, déchiré profondément, était dur, presque cartilagineux. La malade n'a jamais senti les mouvements du fœtus, les seins sont devenus flasques; on a jamais perçu les contractions rhythmiques de l'utérus, indiquées par B. Hicks. Le

fœtus, quand il vint au monde, avait le développement d'un fœtus de 4 mois et demi, et commençait à se momifier. Le cordon faisait 4 tours autours de son cou. Il y avait fort peu de liquide ; le placenta fut détaché avec la curette mousse.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

*Séance du 6 mars 1887.*

PRÉSIDENCE DE KING

**Valeur relative de l'électrolyse et de la dilatation rapide dans la stérilité et la dysménorrhée,** par FRY.

L'auteur préfère l'électrolyse (1), qui, pour lui est fort aisée à appliquer, moins violente que la dilatation, sans danger et dont les résultats sont plus favorables.

HAGNER n'est pas partisan de la dilatation par incision, qui peut amener la formation d'une cicatrice dure, et il espère dans l'électrisation.

KING rappelle le mémoire récent d'Engelmann sur ce sujet.

PRENTISS, peu favorable aux autres méthodes, a remarqué que le courant galvanique ne stimule pas les nerfs autant que le courant faradique ; il préfère donc ce dernier dans les cas d'anémie, où l'on cherche à augmenter l'écoulement sanguin. Si l'on emploie le courant galvanique, il faut placer l'électrode positive sur l'abdomen.

FORD THOMPSON parle de l'électrisation dans le rétrécissement du rectum.

TABER JOHNSON a réussi, avec le courant faradique, dans quelques cas de dysménorrhée et de stérilité.

---

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du 24 septembre 1887.*

PRÉSIDENCE DE TH. W. EARLE

ETHERIDGE. **Trois cas d'hystérectomie vaginale.** — L'auteur se loue fort de la forci-pressure.

---

(1) J'ai conservé le mot électrolyse, écrit par Fry, quoique rien dans son article ne prouve que l'électricité ait décomposé les tissus, et ait agi autrement qu'en stimulant l'utérus. (A. C.)

Cas I. — Epithélioma du col; le fond du vagin n'était pas envahi, les ligaments larges n'étaient pas épaissis. Adhérences rectales et vésicales; le rectum fut ouvert en un point, et la vessie en deux endroits.

Etheridge enleva aussi les ovaires, et fit une suture continue sur les plaies du rectum et de la vessie. L'opérée mourut au bout de 48 heures.

Cas II. — Conditions analogues. Blessure de la vessie. Hémorrhagie du ligament large droit. L'opérée quitta l'hôpital presbytérien le 36e jour.

Cas III. — Grande difficulté pour atteindre le fond utérin. Etheridge ne sutura pas le fond du vagin.

La température ne dépassa pas 37°,18.

Puis l'auteur discute longuement les détails de l'opération et ses indications.

**Carcinome du col**, par Fenger. Fenger fit l'hystérotomie vaginale; ses 4 opérées ont guéri, quoiqu'il n'ait pas suturé le vagin, dans le quatrième cas. Il refuserait d'opérer, si les tissus voisins étaient envahis.

Fenger cite ensuite les statistiques de Martin, 16,6 0/0 de morts; Klotz, 0 0/0, sur 17 cas; G. Thomas, de même, sur 15 cas; Fritsch, 10,1 0/0; Léopold, 6,2 0/0, etc. Fritsch croit qu'on doit arriver à n'avoir que 3 0/0 de morts.

*Discussion* : Nelson, Merriman, H. T. Byford, Hoag.

Hoag. **Placenta prævia.** — La malade, en travail lorsque Hoag la vit, n'était pas à terme; elle avait perdu à plusieurs reprises depuis 3 mois. Le placenta était accessible au doigt sur un quart de sa périphérie. Hoag plaça un colpeurynter, à défaut d'un sac de Barnes qu'il ne put introduire, à cause de la position du col. Lorsqu'il enleva le colpeurynter l'orifice était assez large pour que la version par manœuvres internes fût possible. L'enfant vit, la mère s'est rétablie. On lui fit des injections antiseptiques, et sa température ne dépassa pas 37°,22.

(Résumé, d'après *l'Am. Journ. of obst.*, 1888, p. 58 à 98, par A. Cordes.)

---

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE

Un Congrès de médecins et de vétérinaires, ayant pour objet l'étude scientifique de la tuberculose chez l'homme et chez les

animaux, aura lieu à Paris, du 25 au 31 juillet 1888, dans les locaux de la Faculté de médecine.

Ce Congrès est organisé par un comité composé de ;

MM. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, *président :* le professeur Villemin, membre de l'Académie de médecine, *vice-président ;* Butel, vétérinaire à Meaux, vice-président de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Leblanc, membre de l'Académie de médecine ; Nocart, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Rossignol, vétérinaire à Melun, secrétaire-général de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Cornil, Grancher, Lannelongue, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, *membres du comité* ; L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté, *secrétaire général.*

Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance par le comité d'organisation, les autres librement choisies, mais ayant également trait à la tuberculose.

Un jour sera destiné à des démonstrations anatomiques faites dans le laboratoire de M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté.

Une autre journée sera consacrée à des examens et des autopsies d'animaux tuberculeux à l'École d'Alfort.

Tous les médecins et vétérinaires français et étrangers pourront, en s'inscrivant en temps utile et en payant une cotisation de 10 francs, devenir membres du Congrès et prendre part à ses travaux.

La cotisation donne droit au volume des *Comptes rendus du Congrès.*

Les séances du Congrès seront publiques. Toutes les communications et discussions se feront en français.

Des détails plus complets sur les statuts et le règlement du Congrès seront publiés ultérieurement.

*Questions proposées par le Comité d'organisation.*

I. — Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir.

II. — Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.

III. — Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie. Mesures prophylactiques.

IV. — Du diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes :

Hérédité de la tuberculose chez l'homme et dans les diverses espèces animales.

Contagiosité de l'homme à l'homme, des animaux entre eux, des animaux à l'homme et réciproquement.

Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale suivant la qualité et la quantité du virus inoculé.

Différences des affections tuberculeuses dans les diverses espèces animales.

Moyens de distinguer les lésions causées par le bacille de Koch des granulations et inflammations dues à des microbes divers (zooglées, bactéries de la pneumonie contagieuse du porc, aspergilles, etc.), à des parasites animaux ou à des corps étrangers.

Des lésions tuberculeuses d'autres lésions microbiennes.

Mode de formation des cellules géantes et des îlots tuberculeux.

Évolution des tuberculoses locales.

Des agents destructeurs des bacilles de Koch.

Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale.

Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses.

Adresser les cotisations à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et tout ce qui concerne les communications relatives au Congrès, à M. le Dr Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**Rétention des règles par vice de conformation de l'utérus.** Jeannel (Toulouse). Il s'agit d'une femme de 26 ans, mariée et qui n'avait

jamais eu de menstruation. Sujette, depuis plusieurs années surtout, à des crises périodiques, mensuelles, consistant en vives douleurs hypogastriques, lombaires..., cette personne était tombée dans un état voisin de la cachexie. La gravité de l'état général et l'apparition d'une nouvelle crise firent pencher la balance en faveur d'une intervention active, après que M. Jeannel eût fait le diagnostic : *utérus double; distension de l'utérus gauche par le sang des règles; utérus droit, communiquant avec un demi-vagin normal par un orifice cervical, comprimé, dévié et atrophié par l'utérus gauche, transformé en hématome.* D'ailleurs, les organes génitaux externes présentaient aussi des vices de conformation. Le clitoris était représenté par une verge mesurant 5 à 6 centim. La face inférieure du gland était creusée d'une rainure d'où partait une sorte de bride, constituée par deux replis longitudinaux, accolés l'un à l'autre et qui arrivés au niveau du méat urinaire, se bifurquaient, contournaient cet orifice, et se rejoignaient ensuite sans qu'il fût possible de les retrouver plus loin. Le vagin long de 6 à 7 centimètres, étroit mais dilatable, était terminé par une sorte de tumeur, proéminente, qui ne laissait de libre que le cul-de-sac gauche. Examinée au spéculum, on constatait que cette tumeur était pourvue, vers la droite, d'un orifice entouré comme d'un bourrelet. Ce devait être l'orifice externe du col. Enfin, par le toucher et le palper combinés, on constatait que la tumeur vaginale faisait corps avec une tumeur abdominale, du volume à peu près d'un utérus gravide de 6 mois. Sur celle-ci, le palper abdominal apprenait qu'elle était médiane et pourvue de deux lobes inégaux, le plus volumineux remontant jusqu'à l'ombilic et débordant la ligne blanche vers la gauche; l'autre plus petit, beaucoup moins élevé et déjeté à droite. — *Opération* sous anesthésie. Ponction par le vagin qui donne issue à environ 100 grammes d'un liquide, de coloration brun chocolat. Incision cruciale d'un centimètre de profondeur, au niveau de l'orifice de la ponction. Malgré des injections réitérées, on ne parvint qu'à enlever quelques caillots. Il était évident qu'il s'agissait d'une collection ancienne, en grande partie solidifiée. Tamponnement avec de la gaze iodoformée. La malade replacée dans son lit est prise de syncope et meurt aussitôt.

L'autopsie confirma de tous points le diagnostic. Il y avait bien un utérus cloisonné, double. L'utérus de gauche, qui avait éclaté sur plusieurs points, constituait la paroi de l'hématome. La pré-

sence de fibres musculaires lisses dans cette paroi, écartait toute incertitude à ce sujet. Le centre de la poche, qui aurait pu contenir les deux poings, communiquait avec le trajet correspondant à l'incision cruciale. Au contraire, l'utérus de droite présentait une cavité qui aboutissait à l'orifice constaté dans l'examen au spéculum.

Enfin, la tumeur avait contracté de nombreuses adhérences de telle sorte qu'utérus, trompes, ovaires, vessie, uretères, rectum, tous les organes pelviens, en un mot, étaient fusionnés en une masse. De l'avis de Berger, chargé de faire un rapport sur ce cas à la Société de chirurgie, et contrairement à l'opinion émise par M. Jeannel dans les commentaires qui accompagnent son observation, l'hystérectomie abdominale était irréalisable dans de semblables conditions. La tentative d'évacuer le contenu de l'hématome par l'incision vaginale est, toujours d'après le rapporteur, la seule entreprise à tenter; mais, ajoute-t-il, l'expérience du fait présent nous porte à penser que si désormais au cours d'une opération semblable on se trouvait avoir affaire à un épanchement sanguin solidifié, mieux vaudrait s'arrêter après avoir constaté l'état des choses et ne pas tenter d'obtenir une évacuation qui, sans pouvoir être complète, ferait courir à la malade de trop grands dangers. (Bullet. et mémoires de la Soc. de chirurg. de Paris, p. 505 et seq., 1887.)

**Paralysie des muscles de l'abdomen chez une femme.** A. Desprès. — Il s'agit d'une femme âgée de 29 ans, II pare. Le second accouchement a eu lieu 18 mois auparavant. Cette femme présente, au plus haut degré, ce que les accoucheurs désignent sous le nom de ventre pendant, ventre en besace, *venter propendulus*. D'après l'auteur, il faudrait voir dans cette disposition une *hernie de la totalité du tube digestif, par paralysie complète des muscles de l'abdomen*. La paralysie serait prouvée par l'abolition complète de la contractilité musculaire, explorée au moyen de l'électricité. (Ibid., p. 540, 1887.)

---

**Ovarite et salpingite suppurées.** Routier. — Femme âgée de 26 ans I pare, mariée depuis 6 ans. Son accouchement, qui eut lieu

il y a 5 ans, fut très laborieux et ne se termina qu'au moyen d'une application de forceps. Depuis, douleurs continuelles, s'exaspérant beaucoup à chaque période menstruelle, et qui, 5 ans durant, furent traitées soit comme pelvi-péritonite soit comme métrite. Etat général grave, amaigrissement, fièvre. Devant la gravité de la situation et l'impuissance reconnue des moyens médicaux, le Dr Routier, alors consulté, constata les conditions suivantes : Au niveau du flanc droit, tuméfaction notable ; culs-de-sac vaginaux surtout à droite, en partie effacés par une tuméfaction péri-utérine ; *écoulement purulent se faisant par l'orifice externe et augmentant quand on exerçait une pression sur la tuméfaction située dans le flanc gauche.* Diagnostic qui fut pleinement vérifié, *tubo-ovarite suppurée. Laparotomie* et extirpation des annexes de l'utérus qui avaient contracté de nombreuses adhérences avec les organes voisins. Lavage du péritoine avec de l'eau bouillie, très chaude, en raison de la tendance à l'écoulement sanguin qui était assez grande et, pour la même raison, drainage abdominal qui fut réalisé au moyen de deux gros drains. *Guérison.* Opérée le 26 juillet, la femme quittait l'hôpital le 20 août, parfaitement guérie, après avoir présenté les suites opératoires les plus simples. Revue le 26 septembre, elle déclara n'avoir éprouvé depuis son opération aucune douleur.

L'ovaire et la trompe de droite, soudés ensemble, constituaient un gros abcès. Plus indépendantes, les annexes de gauche, étaient néanmoins pathologiquement transformées. Oblitérée à ses deux extrémités, la trompe était kystique et contenait une grande quantité de muco-pus. (Ibid., p. 547, 1887.)

**Salpingite bilatérale suppurée de nature bacillaire.** HORTELOUP. — Femme âgée de 26 ans, ayant eu ses premières règles à 14 ans, mariée à 17 ans, pas de grossesse. En mars 1887, sous l'influence d'un refroidissement, subi pendant les règles, l'écoulement menstruel se supprime. En avril, la menstruation reparaît, mais la personne remarque qu'il paraît s'être développé une tumeur abdominale, située dans le flanc gauche. Examinée à deux reprises, le dernier examen fournit les signes suivants : dans le flanc gauche tumeur fluctuante, assez volumineuse, très reconnaissable par le palper seul ; à droite, la palpation seule ne permet de constater

rien de bien défini, mais le palper et le toucher étant combinés, on y découvre également une tumeur, plus petite que la première; l'utérus, de dimensions normales, était comme immobilisé entre les deux tumeurs. *Diagnostic*, salpinge double. *Laparotomie* suivie de l'extirpation des annexes des deux côtés. *Guérison.*

La trompe de gauche était le siège d'une collection purulente ayant les dimensions d'un gros poing : celle de droite limitait également un abcès mais plus petit. L'examen microscopique révéla l'existence de bacilles et de tubercules dans les trompes et les ovaires. (Ibid., p. 554, 1887.)

---

**Pyosalpingite double avec ovarite suppurée gauche.** S. Pozzi. — M. B..., âgée de 21 ans, réglée à 15 ans, depuis menstruation régulière. *Sa mère et sa sœur sont tuberculeuses.* Primipare, son accouchement qui fut laborieux date d'il y a un an. Elle ressentit à la suite des douleurs abdominales pour lesquelles elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu, pendant 4 mois. Suit une assez longue période d'accalmie au bout de laquelle elle contracta une blennorrhagie. Immédiatement les accidents antérieurs reparurent, mais plus accusés, douleurs abdominales aiguës, lancinantes, avec irradiations dans les reins et dans les cuisses. De plus menstruation irrégulière, avec hémorrhagies survenant à peu près tous les quinze jours.

*Examen.* — La palpation abdominale resta à peu près négative. Mais le toucher vaginal permit de constater que les culs-de-sac étaient à peu près effacés, et que, de chaque côté de l'utérus, il y avait une tumeur, allongée, irrégulière, celle de gauche étant plus volumineuse que l'autre. *Diagnostic*, salpingite double. *Laparotomie*, suivie de l'extirpation des annexes des deux côtés. *Guérison*, après des suites opératoires compliquées de quelques phénomènes pyrétiques. Un peu de suppuration au niveau d'un des points de la suture abdominale.

Les pièces pathologiques ont confirmé complètement le diagnostic; il y avait à gauche, outre l'augmentation de volume, une inflammation suppurée de la trompe et de l'ovaire. Quant aux lésions des annexes de droite, elles consistaient dans l'hypertrophie de la trompe avec infiltration purulente de la paroi tubaire dans le voisinage de l'*ostium uterinum*, et dans un petit kyste de l'ovaire. *Pas de follicules tuberculeux, pas de gonococci.*

Pozzi insiste sur les soins qu'il faut apporter dans la confection de la suture abdominale, pour se garer des éventrations qu'on a constatées si souvent à la suite de la laparotomie. Il a coutume de suturer, *successivement*, le péritoine et les plans aponévrotiques au moyen de la suture continue en surjet, au catgut, *suture distincte et perdue des plans profonds*. Puis, il réunit les muscles et la peau par des sutures à points séparés, pour lesquels il emploie au lieu de fil métallique, de la soie plate tressée, très forte, rendue aseptique par l'ébullition et le séjour dans une solution phéniquée. Quelques points superficiels complètent la suture abdominale. (Ibid., p. 574, 1887).

---

**De la gonorrhée dans ses rapports avec les phénomènes de la génération.** (Ueber die Beziehungen der gonorrhæ zu den generations vogangen, T. Kroner (1). Arch. f. gynäk., p. 252 et seq., 1887.)

**De la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau nés.** (Ueber die Verhütung der Augenentzündung der Nengeborenen, 4, Korn (2). Ibid., p. 240 et seq.)

**De l'amputation sus-vaginale irrégulière.** Richelot. Malgré l'opposition faite encore par un certain nombre de chirurgiens invoquant à l'appui de leur thèse quelques observations sans doute favorables, mais malheureusement exceptionnelles, il n'est pas douteux que dans les cas de cancers limités du col, l'extirpation totale de la matrice, est l'opération par excellence, celle qui, le plus sûrement, met à l'abri des récidives. L'amputation sous-vaginale n'a dans l'espèce le plus souvent, que le privilège de laisser un *moignon tout prêt pour la récidive*.

A côté de ces deux opérations, il en est une troisième, intermédiaire pour ainsi dire, préférable certainement à la seconde, l'amputation sus vaginale, mais qui ne saurait prendre le 1er rang dans les circonstances spéciales signalées plus haut : cancer du col, au début et limité, où il ne doit être question que de l'hystérectomie totale.

Il n'en est plus de même quand il s'agit de cancers propagés, quand les tissus péri-utérins sont déjà envahis. Dans ces condi-

---

(1) Vid. in Ann. de gyn. et d'obstétrique p. 376, 1887.

(2) Ibid., p. 52, 1887.

tions, l'hystérectomie complète est d'une difficulté insurmontable sans que cette difficulté d'exécution soit compensée par la supériorité des résultats. C'est aussi aux opérations palliatives, qui ont pour but la suppression tout au moins passagère des écoulements fétides, des pertes épuisantes, qu'il faut s'adresser; et de toutes ces opérations la meilleure est *l'amputation sus-vaginale irrégulière* (ablation la plus complète possible, au moyen des ciseaux et de la curette, des tissus dégénérés). Quelques cas heureux de relèvement complet, de survie dans d'exellentes conditions, et beaucoup de cas où le bénéfice moral est incontestable, tels sont les titres qui font de cette intervention une bonne opération palliative contre les cancers propagés. (Union méd. n° 10, 1888).

**Nécessité du diagnostic précoce de la présentation de l'épaule.** Varnier. — Se basant sur six observations, recueillies dans le service de M. Pinard, et très probantes par le vif contraste des désastres que l'on se ménage et de la grande facilité avec laquelle on s'en gare suivant la conduite suivie, l'auteur met en relief la *nécessité absolue*, indiquée depuis longtemps mais malheureusement trop souvent encore oubliée ou méconnue dans la pratique, qu'il y a, dans les cas de présentation de l'épaule, *à faire un diagnostic précoce*. En diagnostiquant de bonne heure, on n'aura pas à se reprocher, sinon d'avoir tué tout au moins d'avoir laissé mourir par négligence, manque de décision, mère et enfant, car par une intervention opportune « *pour laquelle*, comme l'a dit Baudelocque cité par l'auteur, *ne se rencontre habituellement aucune difficulté qu'une sage-femme et un médecin ne doivent savoir et ne puissent surmonter* », on peut éviter ces terminaisons malheureuses.

Il importe beaucoup, surtout quand il s'agit de multipares et quand en outre elles ont eu dans leurs grossesses antérieures des enfants qui ne venaient pas par le sommet, de bien s'assurer, quelque temps avant l'époque présumée de l'accouchement, de la position de l'enfant. Un certain nombre de femmes opposent encore il est vrai, à cet examen qui leur paraît hâtif, inutile même... d'assez vives résistances, c'est là une raison de plus pour qu'on tâche de leur en faire apprécier l'importance capitale.

La transformation, pendant la grossesse, d'une position trans-

versale est dans l'immense majorité des cas, chose facile. Et en cas d'échec, on est au moins averti et par suite en mesure de prévenir, quand le travail se déclare, par une intervention faite à temps, les risques énormes que cette position, méconnue ou négligée, fait courir à la mère et à l'enfant.

En résumé, l'enseignement qui se dégage de la lecture de ses six observations est clair. S'efforcer de reconnaître, le plus tôt possible, la présentation de l'épaule. Tâcher de lui substituer une présentation du sommet, en recourant, suivant l'état du col, soit aux manœuvres externes, soit à la méthode bipolaire, s'appliquer à assurer la réduction jusqu'à ce que l'extrémité céphalique soit franchement engagée. Quand, pour une circonstance quelque, la transformation de la position n'aura pas été réalisée, être prêt, dès que la dilatation le permettra, à extraire l'enfant au moyen de la version par manœuvres internes. Surtout, ne jamais quitter, comme la chose est relevée dans quelques-uns des cas rapportés, une femme qui est en travail et chez laquelle le toucher a montré que l'excavation est libre, qu'aucune partie fœtale n'est engagée (1). L'auteur se propose d'aborder, dans le prochain article, cette double question : *quand et comment doit-on faire ce diagnostic précoce de la présentation de l'épaule* (Revue prat. d'obst. et d'hygiène de l'enfance, janvier 1888).

Dr R. Larusquière.

---

# VARIÉTÉS

La troisième session du Congrès Français de Chirurgie se tiendra du 12 au 17 mars 1888, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, sous la présidence de M. le Professeur Verneuil.

### QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

---

(1) « Dites-vous, nous enseignait Pajot. — *Je trouve, que je ne trouve rien!* Cela doit immédiatement vous mettre en garde et vous faire songer à la possibilité d'une présentation transversale du fœtus (R. L.).

I. — De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses).

II. — De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

III. — Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opération de Liétevant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs.

IV. — De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes de la prophylaxie.

### EXTRAITS DES STATUTS

I. — Le Congrès Français de Chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la Chirurgie.

III. — Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile en payant la cotisation.

### EXTRAIT DU RÈGLEMENT

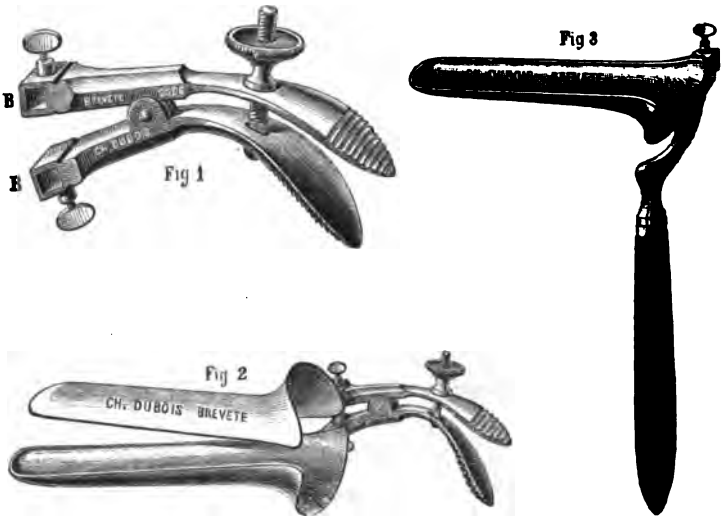
I. — Les chirurgiens qui désirent faire partie du congrès doivent envoyer leur adhésion au Secrétariat général et y joindre la somme de vingt francs. Il leur est délivré un reçu détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

II. — Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au Secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

Avis. — MM. les membres titulaires du dernier Congrès sont prévenus que le montant de la cotisation pour 1888 sera recouvré dans la première quinzaine de février.

Des démarches sont faites auprès des diverses compagnies de chemins de fer pour obtenir demi-place aux membres du Congrès qui se rendront à la 3e session.

Adresser toutes les communications à M. le Dr S. Pozzi, secrétaire-général, 10, place Vendôme, à Paris.




*Nouveau spéculum à valves amovibles* de M. CH. DUBOIS, présenté à l'Académie de médécine par le Dr Vidal.

FIG. I. — Ecarteur commun sur lequel se montent en B B toutes les valves de rechange. Ces valves, au nombre de six, forment ainsi sous un petit volume 3 spéculums de dimension croissante ; spéculum de vierge, spéculum pour examen, spéculum pour opération.

FIG. 2. — Spéculum monté.

FIG. 3. — Une valve montée sur un manche spécial, et formant spéculum de Sims.

(Voir la présentation à la Société obstétricale par le professeur Pajot, page 137).

*Le Gérant :* A. LEBLOND.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## A PROPOS DE LA MANŒUVRE DE RIBEMONT-DESSAIGNES

Par le Dr A. Pinard, professeur agrégé, accoucheur de Lariboisière.

En 1884 (1), j'ai publié dans les Annales un mémoire sur le *basiotribe Tarnier*. Ce travail avait pour but de faire connaître les résultats expérimentaux et cliniques fournis par cet admirable instrument.

En relatant un certain nombre d'expériences, je crus devoir mettre en relief une manœuvre permettant, la tête étant broyée et les épaules retenues au-dessus du détroit supérieur, d'abaisser le tronc sans nouvelle opération.

J'ai appelé cette manœuvre : manœuvre de *Ribemont-Dessaignes*, car c'est pendant nos recherches sur le passage du tronc dans les rétrécissements extrêmes, que mon collègue et ami a reconnu que l'abaissement méthodique et systématique d'un ou des deux bras permet d'extraire facilement le tronc.

En 1886 (2), M. Ribemont-Dessaignes, dans un travail inti-

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, novembre 1884 et janvier 1885.
(2) Voir *Annales de Gynécologie*, août 1886.

tulé : *Note sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc du fœtus dans la basiotripsie*, appela à nouveau l'attention des accoucheurs sur cette manœuvre, et publia six nouvelles observations de basiotripsies faites par lui ou par moi et dans lesquelles l'abaissement des bras nous avait permis d'extraire facilement le tronc.

Or, à la séance de la Société obstétricale du 23 juillet 1887, mes deux collègues MM. les Drs Bailly et Guéniot réclamèrent l'antériorité à propos de cette méthode.

M. Ribemont Dessaignes répondit dans ce journal (1) en s'efforçant de démontrer que la manœuvre qui porte son nom diffère absolument, comme indication et manuel opératoire, de celle qui fut pratiquée par MM. Bailly et Guéniot.

Il fut mal compris encore, car à la séance de la Société obstétricale du 12 janvier 1888 (2) M. Bailly fit la communication suivante : « Je m'étais fait inscrire pour la lecture d'une réclamation tendant à établir que j'avais le premier décrit la manœuvre qui consiste à dégager d'abord les bras pour faciliter l'extraction du tronc dans les cas de dystocie causée par l'excès de volume absolu ou relatif du fœtus. Cette lecture est inutile aujourd'hui. Cette manœuvre a été conseillée par Mauriceau, pratiquée deux fois par de La Motte, et Jacquemier l'a très complètement décrite avec ses indications dans un mémoire inséré dans la Gazette hebdomadaire, année 1860. Son travail n'a même d'autre but que de signaler les avantages de l'opération et de la bien faire connaître. ainsi la question me paraît définitivement jugée. Le mérite d'avoir bien constitué la manœuvre en question appartient incontestablement à Jacquemier. Ni M. Guéniot, ni M. Ribemont, ni moi n'avons rien à prétendre dans l'invention première ». Ces lignes témoignent, de la façon la plus nette, que M. Bailly

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, novembre 1887 (*De l'abaissement d'un bras ou des deux bras, comme méthode applicable à l'extraction du tronc après la basiotripsie dans les bassins rétrécis*).

(2) Voir Bulletin médical, 25 janvier 1888.

continue à croire identique la manœuvre conseillée par Jacquemier et celle de Ribemont-Dessaignes.

Et cette confusion tend naturellement à faire croire qu'en donnant le nom de manœuvre de Ribemont-Dessaignes à une manœuvre décrite, conseillée et pratiquée par Jacquemier, j'ignorais le travail de ce dernier.

Ce n'est point pour me justifier que j'écris ces lignes, mais pour démontrer une fois de plus, après mon collègue, que la méthode de Jacquemier et celle de Ribemont-Dessaignes sont absolument différentes.

Que la manœuvre que MM. Bailly et Guéniot croyaient avoir été les premiers à employer et à recommander soit la même que celle que Jacquemier a préconisée, que de La Motte a employée, que Mauriceau a conseillée, je n'y contredis pas ; j'en suis même tout à fait convaincu. Mais, en l'assimilant à la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, on commet une erreur contre laquelle je tiens à protester.

Je connaissais l'important travail de Jacquemier à l'époque où nous faisions nos recherches sur le passage du tronc dans les bassins rétrécis. Si j'ai appelé manœuvre de Ribemont-Dessaignes, le procédé qui permet de dégager le tronc sans opération, même dans des rétrécissements extrêmes, c'est en connaissance de cause ; je vais essayer de le prouver.

Dans son remarquable mémoire (*du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique*), Jacquemier cherche à établir les deux propositions suivantes :

1° « Qu'il faut définitivement ranger parmi les causes de dystocie qui peuvent arrêter la tête dans le trajet qu'elle a à parcourir du détroit inférieur à la vulve, le volume trop considérable des épaules et de la partie supérieure du tronc retenues à l'entrée du bassin ;

2° Qu'on est tombé dans un optimisme faux et d'autant plus dangereux qu'il éloigne toute défiance, et laisse les jeunes praticiens désarmés en face de dangers menaçants pour la mère et l'enfant, en considérant d'abord en théorie comme

constante une loi qui n'est vraie que d'une manière générale savoir : que lorsque la tête du fœtus a frayé la voie dans le canal destiné à son passage, le reste du corps suit sans peine immédiatement ou après quelques instants de repos, etc. »

Voilà le grand mérite de Jacquemier, voilà ce qu'il a mis en relief, ce qu'il a établi par des faits précis : *Là où la tête du fœtus a frayé la voie, le reste du corps ne passe pas toujours sans difficulté.*

Puis il discute ce qu'il y a à faire lorsque la tête est arrêtée au fond de l'excavation, au niveau du détroit inférieur, à la vulve. Il donne des conseils très sages, il dicte une conduite prudente, destinés à *sauver l'enfant :* Application de forceps quand la tête est dans l'excavation, traction sur les aisselles, dégagement successif des bras ensuite.

Mais son but, il le répète sans cesse, est d'étudier « à l'état de pureté » cette cause de dystocie à savoir : l'exagération du volume des épaules, la tête ayant franchi le détroit supérieur et l'enfant étant vivant.

Que dit-il en effet des rétrécissements du bassin ? Voici ce qu'il en pense : « Il va sans dire que le volume des épaules est absolument étranger à l'arrêt de la tête à l'entrée du bassin, et, dans les difficultés ultérieures, il est juste de faire la part qui appartient au bassin, sensiblement réduit dans ses dimensions. Il nous suffira de faire remarquer que, même dans les cas de rétrécissement et déformations du bassin qui exigent la réduction du volume de la tête, *il est généralement facile d'entraîner le tronc en dehors,* à moins que le développement du fœtus ne soit très considérable » (Jacquemier, p. 10). Il est facile de voir que Jacquemier n'avait pas pratiqué beaucoup de céphalotripsies dans des rétrécissements extrêmes.

Ce qui prouve définitivement qu'il ne connaissait pas la meilleure conduite à tenir dans les rétrécissements du bassin, c'est qu'il termine son travail par ces lignes :

« Il n'est pas douteux que l'embryotomie ne soit quelquefois nécessaire pour briser l'obstacle formé par la poitrine et les

épaules. Dans plusieurs des observations que j'ai rapportées, il est certain qu'il eût été préférable d'y avoir recours, et qu'on eût peut-être sauvé les femmes, plutôt que de s'obstiner a tirer sur le cou jusqu'à sa rupture, qui est arrivée trois fois sur les vingt-six observations que j'ai analysées, ou jusqu'à ce que la mort de la mère s'ensuivît. On ne saurait trop se pénétrer de l'idée que les tractions sur la tête sont un procédé détestable, dès l'instant que la disproportion entre le volume de la poitrine et la capacité des passages est un peu considérable, disproportion qui ne fait qu'augmenter par l'abaissement forcé des épaules sous l'influence des tractions croissantes. Bien que l'embryotomie appliquée à la poitrine ne rentre pas dans la classe des opérations réglées, et que le cas détermine souvent le procédé, *je dois cependant faire remarquer qu'il importe beaucoup d'enlever les épaules y compris les omoplates et les clavicules*, et de tenter l'extraction après cette opération préliminaire. Si l'on était forcé d'aller plus loin, il ne faudrait pas perdre de vue que les crochets, le céphalotribe surtout, peuvent avoir pour effet la fracture de plusieurs côtes à leur partie moyenne et que les fragments peuvent former des pointes aiguës capables non seulement de percer la peau qui les recouvre, mais encore de s'implanter profondément dans les tissus de la mère. On éviterait ce danger en enlevant le sternum après avoir divisé les cartilages costaux sur les bords. »

Et cette conduite conseillée par Jacquemier, n'était-elle pas recommandée par tous les auteurs classiques? Tous ou à peu près enseignaient que dans les rétrécissements du bassin le tronc passe facilement après le broiement de la tête, ou bien que, si l'on rencontre des difficultés, il faut broyer le tronc.

Cependant des opérateurs habiles étaient sur la voie.

Le professeur Pajot dans son mémoire (*De la céphalotripsie répétée sans tractions, ou méthode pour accoucher les femmes dans les rétrécissements extrêmes du bassin*) publie 6 observations de céphalotripsie dans les rétrécissements

extrêmes. Or que voyons-nous à propos des épaules? Deux fois les épaules sortirent facilement, mais, dit le Pr Pajot, les enfants étaient petits. Une fois il fallut appliquer le crochet mousse sur les épaules. Deux fois on fut obligé *d'aller chercher le bras* et on appliqua le céphalotribe sur le tronc. Une fois on fit deux applications de céphalotribe sur le tronc après la section du cou.

Le professeur Tarnier dit (in Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements, par Lenoir, M. Sée et S. Tarnier) à propos de la céphalotripsie : « Quelle que soit la méthode suivie, quand la tête a franchi la vulve, il suffit ordinairement de faire quelques tractions sur elle pour dégager le tronc; mais celui-ci résiste quelquefois, la tête écrasée offre d'ailleurs une prise peu solide, et il devient souvent utile de placer un lacs sur le cou de l'enfant, *de chercher à dégager les bras au dehors, tant pour diminuer le volume des épaules que pour servir de moyen de traction.* Quand toutes ces manœuvres sont insuffisantes, on introduit de nouveau le céphalotribe pour broyer le thorax, et il est rare qu'une ou deux applications n'amènent pas le résultat désiré ».

Ces deux maîtres connaissaient cependant le mémoire de Jacquemier, pourquoi donc n'y font-ils pas allusion. Eux qui connaissaient les difficultés d'extraction du tronc après la céphalotripsie dans les rétrécissements extrêmes? Va-t-on aussi les accuser de plagiat parce qu'ils ont parlé du dégagement des bras, sans parler de Jacquemier? N'est-ce pas là la preuve la plus éclatante que le travail de Jacquemier et les moyens qu'il propose et conseille n'étaient pas faits et donnés en vue d'extraire le tronc dans les rétrécissements du bassin?

Et si quelqu'un était autorisé à réclamer à propos de la manœuvre de Ribemont-Dessaignes ce serait le professeur Pajot qui, dans deux cas, a été à la recherche d'un bras, et le professeur Tarnier qui conseille de « chercher à dégager les bras en dehors tant pour diminuer le volume des épaules que pour servir de moyen de traction ».

Ils n'ont pas réclamé parce qu'ils ont compris, eux, que le procédé de Ribemont était non pas seulement un procédé, mais bien une méthode, une opération réglée.

Que d'accoucheurs ont cherché à dégager les bras, et ont tiré dessus pour faciliter l'extraction du tronc, dans les accouchements difficiles ou les rétrécissements du bassin! Sont-ils pour cela autorisés à réclamer ? Nullement.

Car M. Ribemont-Dessaignes, après ses expériences, est venu dire : *quand, dans les rétrécissements extrêmes, la tête est broyée, si après de légères tractions les épaules ne s'engagent pas dans l'excavation, il faut aller dégager successivement les deux bras, et, exerçant des tractions simultanées sur le cou et sur les deux bras, le tronc passera.*

Il indique le procédé qui donne la possibilité de dégager *toujours* les deux bras, même dans un bassin de 4 centimètres (voyez Annales, novembre 1887, p. 344).

Qui avait dit cela avant lui ? qui l'avait prouvé par des expériences ?

La clinique vient-elle confirmer ses assertions ? Neuf de nos observations sont publiées (1). Dans toutes, cette manœuvre à réussi. J'ai, depuis ces publications, pratiqué deux basiotripsies dans des bassins de 6 centimètres et sur de gros enfants : cette méthode m'a également donné un plein succès.

Est-ce que cette méthode n'est pas préférable à la section successive des deux bras et des clavicules et des omoplates que préconisait Jacquemier, au broiement du tronc que conseillaient les classiques, à la version après le broiement de la tête que conseillait Bertin ?

Il y a quelques années, en face d'un rétrécissement extrême et d'un enfant à terme, nous nous demandions avec angoisse au début de l'opération comment cela finirait.

Aujourd'hui nous abordons l'opération avec calme et assurance.

---

(1) Voyez *Basiotribe Tarnier*, Pinard, 1885. Annales, août 1886. Novembre 1887, Ribemont-Dessaignes.

Le basiotribe nous permet de broyer la tête avec autant de facilité que de précision. Je suis autorisé, je pense, à employer ces termes après avoir pratiqué 34 fois la basiotripsie, sur la femme vivante.

La tête broyée, si les épaules ne suivent pas la tête, la manœuvre de Ribemont-Dessaignes nous permet d'extraire facilement le tronc.

Le permet-elle toujours ? Oui, répondrons-nous, si le fœtus est mort depuis peu de temps ou s'il est bien conformé. Elle peut être insuffisante si le fœtus est macéré, emphysémateux, œdématié ou mal conformé.

Ainsi, le 19 janvier 1884, on apportait à la Clinique une femme en travail depuis la veille et chez laquelle la tête et les deux bras de l'enfant étaient pendants en dehors des parties génitales. Deux médecins de la ville, après avoir dégagé les bras (encore deux qui pourraient réclamer), avaient tiré sur la tête et les deux bras et n'avaient pas dégagé le tronc. Voyant que le cou allait se rompre et les bras se détacher, ils envoyèrent cette femme à la Clinique.

Le professeur Pajot pensa immédiatement qu'il devait y avoir une tumeur abdominale, prit un trocart, et le plongea dans l'abdomen de l'enfant ; il en sortit une grande quantité de liquide, et le tronc fut expulsé immédiatement après.

Mais, hors ces cas exceptionnels, nous répétons que la manœuvre de Ribemont-Dessaignes suffira pour dégager le tronc et que si elle ne suffit pas on devra immédiatement songer à l'un des cas que nous venons de signaler.

Pour terminer, nous dirons : si Jacquemier nous a démontré que là où la tête a passé, le tronc ne passe pas toujours, M. Ribemont nous a démontré que là où les épaules passent, le tronc passe toujours, et il nous a donné le moyen de faire passer les épaules.

A. Pinard.

# DES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES PRATIQUÉES SOUS UN COURANT D'EAU ET A L'ABRI DU CONTACT DE L'AIR

Par le Dr **Kaschkaroff** (de Jaroslaw).

Dans tout accouchement, et surtout dans tout accouchement laborieux, il se produit toujours soit dans la cavité de l'utérus, soit dans le vagin, soit à la vulve des solutions de continuité qui favorisent la pénétration des microbes dans les tissus et les vaisseaux sanguins. Les micro-organismes sont amenés au contact de ces solutions de continuité par les mains ou les instruments de l'opérateur, ou par l'air ambiant; ils trouvent là des conditions propres à leur nutrition, à leur multiplication et à leur pénétration dans l'organisme.

Le but principal de l'antisepsie est d'empêcher cette pénétration. Lorsque les microbes ont réussi à pénétrer il devient nécessaire de les rendre incapables de nuire en agissant sur eux au moyen de médicaments qui les tuent, ou qui paralysent assez leurs propriétés vitales pour les rendre impuissants à lutter avec les tissus vivants.

Les médicaments indiqués dans ce but sont : le sublimé corrosif, les acides phénique, salicylique ou borique, le thymol, l'iodoforme, etc... Les plus usités à l'heure actuelle sont, comme on le sait, le sublimé et l'acide phénique.

Par ses expériences bactériologiques Koch a quelque peu diminué la confiance qu'on avait dans l'efficacité de l'acide phénique. Il a en effet prouvé que seule une solution à 4 ou 5 pour 100, agissant pendant deux ou trois jours, peut donner des résultats satisfaisants. L'huile phéniquée a également perdu son prestige depuis les expériences de Wolffhügel et de Know.

Le sublimé s'est trouvé être l'agent le plus puissant contre

les microbes et a été en conséquence adopté par les chirurgiens d'abord, puis par les accoucheurs. On a reconnu toutefois que cet antiseptique avait des côtés faibles : 1° il se précipite ou plutôt se décompose dans l'eau non distillée en présence des alcalis terreux ; 2° même dans l'eau distillée il se décompose assez rapidement à moins qu'on n'ajoute à cette eau du sel marin; 3° l'emploi simultané du savon et du sublimé altère ce dernier ; 4° il ne désinfecte pas les mains lorsqu'elles ont conservé des traces d'acides gras.

Il en résulte que la meilleure antisepsie consiste à empêcher l'accès des micro-organismes, car, lorsqu'on n'y est pas parvenu, on ne peut assurer le succès ultérieur des antiseptiques.

J'ai dit que les micro-organismes étaient principalement importés: 1° par les mains ; 2° par les instruments ; 3° par l'air ambiant, nous pouvons prendre des mesures antiseptiques contre les mains et les instruments, mais que faire dans ce but à l'égard de l'air ambiant ? Le filtrer selon la méthode Pasteur? Mais cette méthode n'est applicable qu'à l'expérimentation ; employer le spray sublimé ? mais nous savons que ce dernier a été abandonné même pour les laparotomies et qu'on ne s'en sert plus maintenant que quelques moments avant l'opération dans le local oú elle doit avoir lieu. Il est reconnu que même les bactéries saprophytes qui, dans un organisme vivant, ne trouvent pas des conditions favorables à leur existence et à leur multiplication, et dont la parfaite innocuité est probable dans les laparotomies, peuvent, lorsqu'elles sont introduites dans le vagin, y trouver par la suite ces conditions favorables. Car après l'accouchement il existe toujours dans l'utérus et le vagin des débris organiques, du sang, etc.

Bien que l'expérience ait prouvé que la propreté des mains et des instruments ainsi que la pureté de l'air du local sont suffisantes en pratique, il n'en est pas moins vrai que la méthode antiseptique actuelle, tant en obstétrique qu'en chirurgie, a encore à son passif une certaine mortalité (infiniment

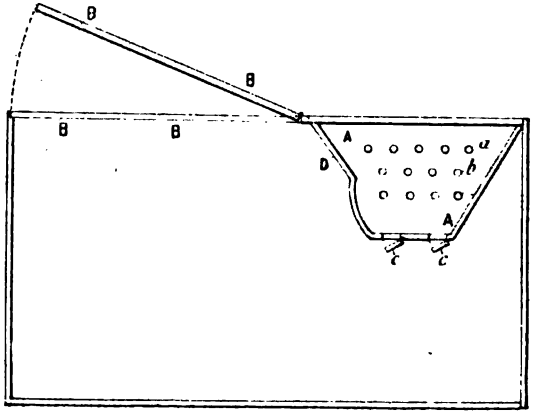
plus faible il est vrai que la mortalité d'autrefois) et un plus grand nombre de cas de paramétrites et d'affections post partum. Les microbes affectionnent les édifices publics, les maternités, les asiles qui ne sont pas assez spacieux. On doit les craindre spécialement lorsqu'on est obligé d'admettre des parturientes portant des fœtus putréfiés ou des embryons macérés. Dans ces cas j'ai souvent observé que, malgré toutes les précautions prises, les autres parturientes sont sujettes à des accès de fièvre et à diverses affections. Je connais certaines maisons d'accouchement et même des cliniques qui ne disposent que d'un seul local pour toutes les parturientes. J'en connais aussi qui ne possèdent que deux locaux : l'un pour les accouchements normaux, l'autre pour les cas pathologiques. Comme ces derniers s'observent parfois en grand nombre en même temps la situation devient fort difficile.

Considérant, au point de vue pratique, que l'air se prête beaucoup plus difficilement à la stérilisation que l'eau, et que la désinfection de l'air au moyen du spray sublimé offre peu de sécurité et exige en outre beaucoup de temps, je me suis décidé à construire un appareil dans lequel l'eau, stérilisée par l'adjonction de désinfectants, serait constamment courante et remplacée par de l'eau fraîche arrivant en certaine quantité. La partie inférieure du corps seule et les parties sexuelles de l'opérée sont introduites dans cet appareil et toute l'opération, par exemple la craniotomie, est effectuée sous l'eau à l'abri de l'accès de l'air atmosphérique.

Avant de décrire mon appareil dans ses traits généraux je ferai une petite digression. L'idée de pratiquer les opérations chirurgicales sous l'eau, à l'abri de l'air atmosphérique, est assez ancienne. Ainsi je sais que l'accoucheur anglais Aitken conseillait en 1784 de pratiquer l'opération césarienne sous l'eau, et estimait que, dans ces conditions, cette opération présentait moins de risques et pouvait donner de meilleurs résultats qu'au contact de l'air. Il faisait l'opération la femme étant dans un bain tiède. En 1848, Mayer, de

Lausanne, a proposé ce même mode opératoire sans citer Aitken, soit qu'il ignorât ce qu'avait fait ce dernier, soit qu'il omit à dessein d'en parler pour s'attribuer tout le mérite de la découverte. Mayer proposa de faire sous l'eau la gastrotomie, les arthrotomies, etc. On ne fit à l'époque qu'une objection à ce manuel opératoire, savoir que le sang se mêlerait à l'eau, la troublerait et rendrait impossible le travail du chirurgien. Aussi quelques chirurgiens tout en adoptant les idées de Mayer n'osèrent faire sous l'eau que des opérations de peu de durée.

Cela dit je passe à la description de mon appareil.




A. Cuve. — B. Couvercle. — *a*. Entrée de l'eau. — *b*. Sortie de l'eau. — *c*, *c*. Orifices de décharge.

L'eau est stérilisée dans une grande marmite de Papin d'où elle passe dans une cuve solidement installée. L'eau peut être refroidie de différentes manières. On peut faire passer l'eau chaude par un serpentin entouré de glace, ou bien l'eau chauffée sous une forte pression peut être conservée dans un récipient spécial, et réchauffée quand il en est besoin par l'adjonction d'eau chaude.

Représentons-nous maintenant une caisse métallique en forme de coffre; à l'une des extrémités de cette caisse se

trouve une échancrure destinée à recevoir une cuvette ; la paroi opposée du coffre peut être soulevée ou abaissée à l'aide d'un mécanisme spécial et maintenue à la hauteur voulue. Entre la cuvette de devant et les parois latérales de la caisse se trouve un espace libre. En un mot l'appareil a une certaine ressemblance avec les tables d'opérations gynécologiques de quelques auteurs.

La partie inclinée de la cuvette est destinée à supporter le sacrum ; les cuisses de l'accouchée sont fixées à des appareils spéciaux, à des pédales qui se trouvent sur les parois latérales de l'appareil. Le tronc et le bassin sont maintenus par des aides. Sur les côtés et à la partie antérieure de la cuvette sont ménagés des orifices d'entrée et de sortie situés à des hauteurs différentes. Au fond se trouve un orifice de réserve pour faire instantanément écouler l'eau en cas de besoin.

Les orifices d'entrée, de sortie et de réserve sont munis de robinets pouvant s'ouvrir et se fermer au moyen d'appareils ad hoc. L'eau est amenée de la cuve dans la cuvette par des tubes d'entrée à embranchement, et en sort par des tubes également à embranchement.

Supposons maintenant que l'accouchée soit placée et tous les orifices fermés ; on fait ouvrir la cuve ainsi que les robinets des tubes d'entrée et la cuvette est rapidement emplie d'eau.

Il est ensuite possible d'établir à volonté un courant continu ou intermittent. Les appareils qui servent à fermer les robinets des orifices sont arrangés comme ceux des ventilateurs placés au-dessus des fenêtres des wagons de chemin de fer. Ce sont des coulisses avec fentes ; en les poussant dans l'une ou l'autre directiou, on ouvre ou on ferme les orifices d'entrée ou de sortie de l'eau. Le tube central de sortie est muni d'une pompe qui peut être mise en jeu en cas de nécessité.

La fermeture des tubes de réserve est aménagée à l'instar des ventilateurs de calorifère, et l'opérateur peut instanta-

nément ouvrir les robinets par la pression d'une pédale. Si l'on désirait rendre le courant plus rapide dans la cuvette il suffirait de renforcer la pression dans la cuve et d'ouvrir une nouvelle série d'orifices d'entrée et de sortie que j'appelle orifices complémentaires.

La cuvette a des dimensions suffisantes pour donner à l'opérateur la possibilité d'y plonger les bras avec une partie de l'épaule. Afin que l'eau ne soit pas viciée au contact de l'air par les microbes et la poussière qui pourraient s'y introduire, j'ajoute des substances désinfectantes à l'eau stérilisée de la cuve. Pour les cas de fœtus morts et putréfiés ou bien macérés, on peut établir un courant intermittent et faire accoucher la femme dans l'appareil. Il me semble qu'à l'aide de la méthode antiseptique que je propose, on peut atteindre un double but : empêcher l'accès des microbes dans les parties sexuelles et leur sortie dans l'air ; en cas de fœtus putréfiés, préserver le personnel d'une infection difficile à décrire.

Pour conclure, je ne fais que proposer une nouvelle méthode; le bon sens et les connaissances obstétricales indiqueront à chacun la manière d'en profiter. La crâniotomie du fœtus mort est selon mon opinion une indication absolue; pour les autres opérations, les indications sont conditionnelles, basées sur ce qui a été dit plus haut. Sitôt qu'une femme enceinte avec un fœtus mort se trouve dans la période où le fœtus, ou les eaux pourraient vicier l'air, placez-la dans l'appareil. L'introduction du cathéter peut facilement être effectuée dans l'appareil comme le comprendra facilement celui qui y réfléchira et qui est plus ou moins doué d'un esprit d'invention sans lequel, à mon avis, on ne saurait être accoucheur, même médiocre. La miction et la défécation peuvent en cas de besoin être tout aussi facilement effectués dans l'appareil qu'à l'air.

L'appareil complet avec chaudière à haute pression revient à 200 roubles. L'eau y est chauffée au moyen du gaz d'éclairage.

---

# ACTION DE L'ERGOTINE SUR L'INVOLUTION DE L'UTÉRUS

Par le Dr **Emile Blanc**, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Quelle est l'action de l'ergot de seigle sur l'utérus dans les jours qui suivent l'accouchement? a-t-il ou non une influence sur l'*involution;* l'accélère-t-il, la retarde-t-il? tel est le problème que nous nous sommes proposé de résoudre dans ce travail.

Il semble tout d'abord rationnel, eu égard à la structure anatomique de l'utérus et à l'épaisseur de ses parois, d'administrer cette substance dans les premiers jours des couches. L'ergot qui agit d'une façon spéciale sur les fibres musculaires lisses constituant la grande masse de l'organe, devrait nécessairement en excitant la contractilité de ces éléments, amener une rétraction active de tout le tissu. Ainsi peut s'expliquer la faveur dont a joui ce médicament comme agent d'involution, auprès de certains accoucheurs.

« Chez les femmes, dit Velpeau (1), auxquelles on a administré du seigle ergoté après l'accouchement, vous pourrez noter une diminution plus rapide de l'utérus. »

Reichart (2) ne trouve l'ergot indiqué que lorsque le placenta est sorti de l'utérus. Cet agent est alors pour lui de la plus grande utilité, car : il prévient les douleurs; il hâte l'involution et réduit au minimum les dangers de l'absorption septique.

De différents côtés cependant, on s'est élevé contre cette interprétation du rôle physiologique de l'ergot.

Charpentier (3) n'administre plus cette substance, précisément parce qu'elle est cause de la rétention de petits caillots dans l'utérus, et de leur altération consécutive.

(1) *Traité d'accouchements*, t. II, p. 616.
(2) Philadel. med. Times, 4 septembre 1886.
(3) *Traité pratique des accouchements*, t. II, p. 870.

De là un danger d'infection.

Dans une séance *de la Société américaine de gynécologie* (1), Goodman parlant des indications de l'ergot, dit que cet agent thérapeutique « ne hâte pas l'involution parce que c'est un processus naturel qui demande un certain temps pour s'accomplir ». S'il empêche les tranchées, c'est par action antiphysiologique, son seul avantage est de garantir l'accouchée contre l'hémorrhagie; mais il est si dangereux qu'il ne faut pas l'administrer sans discernement. L'auteur cite un cas où de petites doses d'ergot ont provoqué le tétanisme de l'utérus, et un autre où l'accouchée a eu la septicémie.

Barker s'élève contre cette manière de voir et affirme n'avoir jamais entendu la lecture d'un mémoire contenant un raisonnement aussi original.

Renchérissant encore sur les idées de Goodman, Reamy ajoute que l'ergot gêne la circulation utérine, et peut être le fondement de la sepsie. Il est convaincu que l'administration de l'ergot fait plus de mal que quoi que ce soit d'autre.

Et Goodell conclut qu'il l'a administré à 2.500 accouchées, sans lui avoir reconnu le moindre pouvoir nocif.

Ce sujet est repris par Ganzinotti (thèse inaugurale sur l'involution utérine) (2) qui réunit 31 cas où l'ergot a été administré soit après la délivrance pour arrêter une hémorrhagie ou pour prévenir l'inertie utérine, soit dans les premiers jours des couches pour une raison ou une autre. De l'observation de cette série de 31 cas il résulte que, « si le retrait quotidien est plus fort dans les 3 jours qui suivent l'administration du seigle ergoté, il cesse d'être supérieur dans les jours suivants, et même le retrait quotidien moyen est un peu plus faible qu'en dehors de l'administration de ce médicament ».

---

(1) *Annales de gynécologie*, 1886, t. II, p. 393, et American Journal of obst., octobre 1886.

(2) Thèses de la Faculté de Nancy, 1882, 1re série. 11e v., p. 54. Ganzinotti.

M. Fochier, notre maître, qui nous a inspiré ce travail, admet aussi que l'ergot agit défavorablement sur l'involution utérine.

Nous verrons bientôt les assertions de ces deux derniers auteurs confirmées par nos recherches. Mais avant d'arriver à l'exposé de celles-ci, il est, croyons-nous, indispensable de donner quelques détails sur la méthode qui nous a dirigé.

Afin de fixer nos résultats sur une base solide, nous avons pris un assez grand nombre de femmes (près de 100) au lendemain de leur accouchement et les avons suivies régulièrement jusqu'au 10e jour des couches, en les soumettant ou non à des injections sous-cutanées d'ergotine. Nous avons groupé toutes ces observations en 3 séries : une première de *40 cas*, servant de terme de comparaison, et comprenant les femmes *non soumises* à l'action de l'ergotine; une 2e de 40 cas aussi, mais avec administration de l'ergotine pendant les *cinq premiers jours des couches;* une 3e série enfin de 12 cas seulement, ergotisés *jusqu'au 10e jour* après l'accouchement.

Ces observations ont été choisies, c'est-à-dire qu'elles ne comprennent que des accouchements normaux et effectués à terme. En éliminant les accouchements prématurés, les élévations de température, les interventions, etc., nous avons voulu donner à nos conclusions une plus grande rigueur.

Il aurait été préférable, peut-être, de prolonger l'expérimentation au delà du dixième jour. Mais à la clinique obstétricale les sorties se font dès cette époque. Aussi est-il très difficile de garder plus longtemps des femmes qui, à partir du lendemain de leur accouchement, n'aspirent plus qu'à recouvrer leur liberté. En supposant même qu'on eût voulu les garder jusqu'au quinzième jour, on n'eût pu retenir le flot, toujours considérable, des impatientes. Nos conclusions en auraient souffert.

Comme préparation d'ergot nous avons choisi celle dont les effets paraissent les plus constants et les plus sûrs. L'ergotine Yvon, à peu près seule employée à la clinique paraît le mieux répondre à ces conditions.

Un centim. cube de sa solution équivaut à 1 gr. d'ergot. Nous l'administrions en injections hypodermiques faites sur la paroi abdominale, c'est-à-dire sur la région dont les connexions sympathiques avec l'utérus permettent d'espérer du médicament son maximum d'effet.

La première injection était faite aussitôt après l'accouchement, ou dans les premières heures qui suivaient. Nous nous assurions des changements qui survenaient dans la forme et la consistance de l'utérus ; si après 1/4 d'heure ou 10 minutes nous ne le trouvions pas dur et contracté, nous faisions une seconde piqûre, et même une troisième lorsque l'organe n'obéissait pas, ou obéissait mal à l'excitation de l'ergot. Il y a d'ailleurs, sous le rapport de la facilité avec laquelle la contractilité utérine se réveille sous l'influence du médicament, des différences individuelles considérables. Dans quelques rares cas, nous n'avons pas réussi avec 3 grammes d'ergotine à déterminer la formation d'un *globe rassurant*.

Il nous a paru, contrairement à Velpeau, Crozat, Stoltz, que, bien loin de soulager les tranchées en amenant l'expulsion de caillots, l'ergot de seigle exagérait au contraire ces mêmes tranchées et les rendait parfois insupportables.

On admet généralement que l'action de l'ergot s'épuise 1/2 heure, 1 heure au plus après son administration. Malgré que ce fait mérite confirmation, car il n'est pas rare deux ou trois jours après une hémorrhagie de la délivrance traitée par l'ergotine, de trouver l'utérus contracté, dur et comme tétanisé, malgré, disons-nous, la probabilité d'une action plus profonde et plus continue de l'ergot, nous avons cru indispensable pour mener à bien nos recherches, de répéter la même dose durant plusieurs jours. Très rarement nous avons dû, pour une cause ou pour l'autre, suspendre les injections et les remplacer par des potions à l'ergotine ou même à la poudre d'ergot.

Afin de suivre le plus exactement possible les modifications du volume de l'utérus, soumis ou non à l'influence de

l'ergot, nous avons pris tous les jours la mensuration externe de l'organe, et deux fois dans les couches (5e et 10e jours) pratiqué le cathétérisme intra-utérin. La *mensuration externe* nous indiquait chaque jour, les dimensions en hauteur et en largeur de la portion de l'utérus accessible à l'hypogastre. Un trait tiré sur un point de la paroi abdominale fixait la situation du fond de l'organe, et la distance de ce point à la symphyse pubienne prise au ruban métrique représentait la hauteur. Pour avoir la largeur nous délimitions les côtés de l'utérus avec un ou deux doigts de chaque main et mesurions directement l'intervalle ainsi fixé.

Nous nous sommes servi, pour cathétériser l'utérus, du procédé décrit par les différents auteurs qui ont utilisé ce mode d'exploration pour faire de l'involution une étude régulière (Sinclair, Milsom, Charpentier).

Toutes ces mensurations, aussi bien externes qu'internes, sont soumises à des causes d'erreur, à des difficultés, qu'il importe de connaître afin de pouvoir les éviter et obtenir des résultats concluants.

Parmi ces causes d'erreur nous signalerons :

1° *La réplétion de la vessie.* — Cent grammes d'urine suffisent déjà pour élever le fond de l'utérus d'environ 1 centimètre (de 0 c. 738 à 1 c. 271 W. Pfannkuch). Il est donc indispensable avant de pratiquer la mensuration externe d'évacuer la vessie ou de faire uriner la femme. Cette précaution permet de se rendre compte des changements, qu'assure la miction dans la hauteur du fond de l'utérus, hauteur qui peut diminuer de 1 jusqu'à 5 ou 6 centimètres. Dans un cas nous avons même constaté que cet abaissement avait atteint 7 centim. Ganzinotti, dans le travail indiqué plus haut, insiste sur cette particularité qu'avait déjà signalée Velpeau.

2° La *réplétion de l'ampoule rectale* peut être, elle aussi, cause d'erreurs du même genre, ainsi que cela résulte des recherches de Luschka, Dohrn, Crédé. Toutefois les variations en hauteur de l'organe sont ici beaucoup moins accentuées.

3° Après la réplétion de la vessie la cause qui contribue

le plus à vicier les chiffres que donne la mensuration externe c'est l'*antéflexion de l'utérus.*

Cette antéflexion commence généralement à se produire du 2e au 4e jour après l'accouchement. Vers cette époque l'utérus déjà moins volumineux, subissant en haut la pression des masses intestinales, tiraillé en bas par les ligaments ronds, s'infléchit peu à peu en avant, jusqu'à former avec son col un angle droit. Au 10e jour par le palper et le toucher combinés on le trouve ainsi couché sur la paroi vaginale antérieure, de telle sorte que ses deux faces accessibles à l'exploration sont devenues l'une supérieure, l'autre inférieure, et que son fond, glissant le long de la paroi abdominale a gagné la face postérieure de la symphyse pubienne, qui le dérobe à l'exploration. Que la moindre réplétion de la vessie s'accuse par une élévation de l'utérus, c'est ce qui ne peut que résulter de ces nouveaux rapports.

La façon dont se produit cette flexion considérable de l'utérus est intéressante à connaître. Le col encore long, très mou, et maintenu par les attaches supérieures du vagin joue un rôle absolument passif dans ce déplacement. C'est toute la masse dure, contractée de l'utérus, le globe utérin proprement dit, qui s'incline en avant sous l'influence des forces signalées ci-dessus, et c'est très exactement *au-dessous de l'anneau de Bandl* que l'inflexion du corps sur le col se produit. A l'union de ces deux parties et en avant on sent au toucher l'éperon saillant formé par l'anneau; tandis qu'en arrière cette même saillie est cachée au fond d'une concavité profonde formée par le col et le corps. Cette déviation, sur laquelle nous n'insisterons pas davantage ici, est la règle dans les suites des couches, tant que l'utérus n'a pas repris un volume sensiblement voisin de son volume normal. Sur environ 100 explorations faites au 10e jour nous n'avons trouvé que deux fois l'utérus en rétroversion : toujours il était antéfléchi.

Ce déplacement en avant de l'utérus enlève à la mensuration externe une grande partie de sa valeur, puisque,

outre les irrégularités avec lesquelles il se produit, il cache à l'exploration la grosse masse de l'organe. Ce même déplacement est, en outre, pour le cathétérisme, la source de difficultés parfois insurmontables, le bec de la sonde venant se perdre au-dessous de l'anneau de Bandl, sous le coude que forme le col en ce point et au milieu des plis qui s'y trouvent. On évite généralement l'obstacle en réduisant l'antéflexion.

Pour cela, l'indicateur de la main qui pratique le toucher redresse l'utérus à travers la paroi antérieure du vagin, tandis que l'autre main placée à l'hypogastre, saisit le fond de l'organe devenu accessible et le ramène en haut et en arrière. Grâce à ce mouvement de bascule le col vient s'offrir de lui-même à l'entrée du vagin.

Il n'est pas enfin jusqu'au cathétérisme intra-utérin qui, effectué d'une certaine façon, ne puisse fournir des indications erronées. L'extrémité de la sonde s'arrête parfois contre l'une ou l'autre des parois de l'utérus, ou fuit vers l'une ou l'autre des trompes. Elle peut enfin atteignant le fond de l'organe déprimer assez ce fond, pour que la hauteur accusée par la sonde diffère de plusieurs millimètres de la hauteur vraie, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte chez quelques femmes à parois abdominales minces et à utérus mous ou peu contractés.

Nous nous sommes servi, pour toutes ces mensurations d'un gros cathéter à courbure un peu plus accentuée que la courbure ordinaire.

Si l'on veut ne pas donner prise à des objections graves une antisepsie rigoureuse est nécessaire à chaque exploration. La surface interne de l'utérus constitue, en effet, à ce moment des couches, une excellente surface d'absorption, par suite de l'effraction de toutes les lacunes lymphatiques de la muqueuse, lors du détachement des membranes (Léopold). Outre la désinfection de l'instrument explorateur et des doigts qui le dirigent il est indispensable aussi de faire avant et après une injection vaginale au sublimé (1/2000).

Il est bon de noter encore que le cathétérisme amène quelquefois à sa suite un peu d'écoulement sanguin, que nous n'avons jamais vu devenir inquiétant.

Ces préliminaires posés nous allons donner les résultats de nos recherches, tels que les révèlent les chiffres fournis par nos mensurations.

Ces chiffres nous les avons consignés sur de grands tableaux (1) exprimant en des colonnes successives :

1° Le nombre des grossesses ; 2° la profondeur de l'utérus aux 5e et 10e jours, indiquée par le cathétérisme ; 3° la mensuration externe ; 4° les variatious de longueur en *moins* ou en *plus* de la cavité utérine au 10e jour sur les dimensions du 5e, variations exprimées par les signes — ou + ; et, si aucun changement n'est survenu dans la profondeur de la cavité par le chiffre 0.

En prenant la moyenne des chiffres fournis par le cathétérisme, qui expriment les changements survenus dans la hauteur utérine au 10e jour (diminution — augmentation + aucun changement 0) nous obtenons le tableau suivant :

| | DIMINUTION — | AUGMENTATION + | PAS DE CHANGEMENT 0 |
|---|---|---|---|
| A. Pas d'ergotine (40 cas)..... | 80 0/0 | 10 0/0 | 10 0/0 |
| B. (40 cas) Ergotine (5 jours)..... | 75 0/0 | 15 0/0 | 10 0/0 |
| C. (12 cas) Ergotine (10 jours)..... | 74.5 0/0 | 8.5 0/0 | 17 0/0 |

Et de ce tableau il résulte clairement, que la cavité utérine subit une diminution de volume *plus constante, plus régulière dans les cas où l'ergotine n'a pas été administrée* (80 0/0 de diminution au lieu de 75 0/0) ; que l'involution est, en un mot, plus complète dans cette série. Si nous portons

(1) L'étendue de ces tableaux ne nous a malheureusement pas permis de les faire reproduire dans ce travail.

notre attention sur les chiffres indiquant une augmentation dans la profondeur de l'organe ou l'absence de changement, nous sommes amenés à conclure que l'involution est plus lente *dans les cas où l'ergotine a été administrée.* La série A donne par exemple 10 0/0 d'augmentation contre 15 0/0 fournie par la série B. Enfin la série C n'indique que 8,5 0/0 d'augmentation, mais la colone des 0 (pas de changement) atteint 17 0/0. Faisons remarquer, toutefois, que cette dernière série ne comprend que 12 cas, ce qui enlève à la proportion donnée plus haut une partie de sa valeur.

L'examen des différences de mensuration indiquées par le cathétérisme au dixième jour, prouve encore que la diminution de la cavité utérine du cinquième au dixième jour n'a jamais dépassé 4 cent. ; que de plus, les diminutions accentuées de 3 à 4 cent. sont beaucoup moins fréquentes chez les femmes ergotisées. La proportion des cas à involution rapide est en effet, chez ces dernières de 2.5 0/0, tandis que chez les femmes non ergotisées elle atteint 15 0/0. Dans la série C (ergotine tous les jours) nous ne trouvons pas d'écart plus marqué que 2 cent.

Il est évident, que lorsqu'au dixième jour le cathétérisme ne donne aucun changement dans la hauteur de l'utérus, ou même que cette hauteur paraît augmentée, il ne s'ensuit pas que le volume de l'organe soit resté tel du cinquième au dixième jour. L'amoindrissement des dimenisons de la cavité utérine, ne suit pas toujours nécessairement le travail involutif qui se passe dans les parois. Immédiatement après l'accouchement, l'utérus qui pèse plus de 2 livres a des parois épaisses de 3 et 4 cent.. Cette épaisseur descend le cinquième jour à 2 cent. et le dixième elle atteint à peine 1 centimètre. Le poids de l'organe a aussi diminué de plus de moitié. Mais à mesure que l'utérus s'amincit, sa contraction puis sa rétraction disparaissent ou s'affaiblissent considérablement, ce qui, jusqu'à un certain point, met obstacle à l'amoindrissement proportionnel de la cavité. Aussi la rétention des lochies, la présence d'un caillot sanguin, suffisent-

elles en quelques cas, pour vaincre la résistance des parois et pour amener la distension de l'organe.

Il est intéressant d'opposer aux résultats fournis par le cathétérisme ceux que donne la *mensuration externe*. Celle-ci quoique manquant de la précision du premier, a au moins l'avantage de comprendre les parois utérines dans son travail d'estimation.

Les tableaux que nous avons reproduits ci-contre (tableaux n° 1, n° 2, n° 3), expriment les hauteur et largeur moyennes de l'utérus aux différents jours des couches, dans les 3 séries de cas que nous avons formées pour servir de base à notre étude. Le simple examen de ces tableaux prouve que les dimensions extérieures de l'utérus ne diminuent pas avec plus de rapidité lorsque la femme a été soumise à l'action de l'ergotine.

Dans ce dernier cas le travail d'involution est même plus lent puisque, à partir du 3e jour nous voyons les diamètres externes de l'utérus l'emporter sans cesse sur les diamètres correspondants des femmes non soumises à l'action de l'ergot. Le 5e jour fait seul infraction à la règle; mais l'infraction est de bien peu d'importance puisque la différence n'est que de 2 millim. (Tableau n° 1, = 8; T. n° 2 = 7,8). Au 10e jour nous avons 6 cent. chez les femmes ergotisées, 5 c. 4, chez les autres.

La mensuration externe confirme donc en tous points les données fournies par le cathétérisme.

Enfin ces mêmes tableaux indiquent que la hauteur moyenne de l'utérus, telle qu'elle résulte de l'exploration de sa cavité, est plus faible au 10e jour dans les cas laissés sans ergotine. En effet, la diminution de la cavité utérine au 10e jour sur le chiffre du 5e n'a été dans les tableaux n° 2 et n°3 (avec ergotine) que de 1 cent. environ, tandis que, dans le tableau n° 1 (pas d'ergotine) la diminution à été de 1 centimètre 1/2.

Un examen superficiel de notre série de 12 cas (tableau n° 3, ergotine 10 jours) ferait tout d'abord croire à une

## TABLEAU I

### RETRAIT DE L'UTÉRUS CHEZ LES FEMMES (40) NON SOUMISES A L'ACTION DE L'ERGOTINE

| JOUR après L'ACCOUCHEMENT | HAUTEUR du fond DE L'UTÉRUS au-dessus du pubis | DIFFÉRENCE sur la VEILLE | LARGEUR de L'UTÉRUS | CATHÉTÉRISME UTÉRIN |
|---|---|---|---|---|
| 1er..... | 13c,4 | — | 10c,5 | — |
| 2e..... | 11 13 | 2 cent. | 9 6 | — |
| 3e..... | 9 2 | 1 c. 1/2 à 2 | 8 8 | — |
| 4e..... | 7 9 | 1 c. à 1 1/2 | 8 8 | — |
| 5e..... | 8 | — | 8 4 | 11c, 5 |
| 6e..... | 6 8 | 1 c. à 1 1/2 | 7 9 | — |
| 7e..... | 6 5 | 3 millim. | 7 8 | — |
| 8e..... | 6 2 | 3 millim. | 6 3 | — |
| 9e..... | 5 4 | 1 c. à 1 1/2 | 7 | — |
| 10e..... | 5 4 | — | | 10 cent. |

## TABLEAU II

### RETRAIT DE L'UTÉRUS CHEZ LES FEMMES (40) SOUMISES A L'ACTION DE L'ERGOTINE PENDANT 5 JOURS

| JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT | HAUTEUR SUS-PUBIENNE | DIFFÉRENCE SUR LA VEILLE | LARGEUR DE L'UTÉRUS | CATHÉTÉRISME UTÉRIN |
|---|---|---|---|---|
| 1er..... | 13c,28 | — | 10c,77 | — |
| 2e..... | 11 9 | 1 c. à 1 1/2 | 9 9 | — |
| 3e..... | 10 | 1 c. à 1 1/2 | 9 25 | — |
| 4e..... | 9 | 1 cent. | 8 7 | — |
| 5e..... | 7 8 | 1 c. à 1 1/2 | 8 25 | 11c, 5 |
| 6e..... | 8 | — | 8 1 | — |
| 7e..... | 7 3 | 1/2 c. à 1 | 8 2 | — |
| 8e..... | 7 | 1/2 c. | 7 8 | — |
| 9e..... | 6 2 | 1 2 c. à 1 | 7 5 | — |
| 10e..... | 6 | — | | 10c, 5 |

## TABLEAU III

### RETRAIT DE L'UTÉRUS CHEZ LES FEMMES (12) SOUMISES A L'ACTION DE L'ERGOTINE PENDANT 10 JOURS

| JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT | HAUTEUR SUS-PUBIENNE | DIFFÉRENCE SUR LA VEILLE | LARGEUR DE L'UTÉRUS | CATHÉTÉRISME UTÉRIN |
|---|---|---|---|---|
| 1er..... | 13c,3 | — | 9c,6 | — |
| 2e..... | 11 9 | 1 c. 1/2 | 9 3 | — |
| 3e..... | 10 1 | 1 c. à 1 1/2 | 8 7 | — |
| 4e..... | 7 8 | 2 c. à 2 1/2 | 8 3 | — |
| 5e..... | 7 5 | 1/2 cent. | 7 8 | 10c,66 |
| 6e..... | 5 1 | 2 c. à 2 1/2 | 7 4 | — |
| 7e..... | 4 2 | 1 cent. | 7 2 | — |
| 8e..... | 4 6 | 1/2 cent. | 6 8 | — |
| 9e..... | 4 6 | — | 7 | — |
| 10e..... | 4 | 1/2 c. à 1 | 6 6 | 9c,5 |

action favorable de l'ergot, les dimensions moyennes fournies par la mensuration externe et la mensuration interne, étant ici inférieures à celles des deux séries précédentes. Mais remarquons que la diminution de la hauteur intra-utérine du 5e au 10e jour, n'est que de 1 cent.; tandis qu'elle est de 1 c. 1/2 dans le tableau n° 1 (pas d'ergotine). Nous avons de plus affaire ici à une série exceptionnellement favorable.

Car, quoique les femmes aient subi, pendant les cinq premiers jours des couches, le même traitement que dans la série du T. n° 2, leur mensuration indique à partir du 3e jour des dimensions moyennes beaucoup moins élevées que dans la série similaire, et aussi que dans celles du T. n° 1. Du 3e au 4e jour, le relevé des moyennes (T. n° 3) indique ici une diminution brusque de plus de 2 centim. alors que dans la série précédente (T. n° 2) soumise comme elle aux injections d'ergotine la diminution n'est que de 1 centim. Même phénomène se reproduit du 5e au 6e jour, quoi d'étonnant par suite qu'au 10e jour, la mensuration externe accuse dans l'involution un progrès de 2 centim. et le cathétérisme un centim. en moins. Le 5e jour ce dernier ne fournit déjà ici que 10 centim. 66 au lieu de 11,5 comme dans les deux séries précédentes.

Ajoutons enfin que dans ce groupe la proportion est basée sur un trop petit nombre de cas; d'autant plus que, sur les 12 observations qui le constituent, 3 fois nous avons négligé de prendre les mensurations externes, ce qui nous a fait établir une proportion sur 9 observations seulement.

Pour nous assurer des variations qu'il peut y avoir entre les différentes séries d'un même tableau, nous avons divisé notre série de 40 cas non ergotisés et pris comme terme de comparaison, en séries secondaires de 10 cas, et nous avons pour chacune d'elles établi la *hauteur moyenne* au 5e et 10e jour et recherché les dimensions intermédiaires. Or, d'une série à l'autre nous voyons toutes ces dimensions varier considérablement; c'est ainsi qu'entre les 3e et 4e séries la diffé-

rence atteint au 5e jour 2 centim. (3e série, H = 8 cent. 4. — 4me série, H = 6c cent. 4). Dans cette dernière série (4e) la hauteur moyenne est encore moins élevée que celle de nos douze cas, quoique, pas plus dans cette série que dans les séries précédentes du même groupe, l'ergotine n'ait été administrée.

C'est d'ailleurs aussi dans cette série de 40 cas sans ergotine que l'on trouve au 10e jour le plus souvent notée la disparition du fond de l'utérus derrière la symphyse, disparition qui a lieu dans 1/4 des cas (10/40), les autres séries offrant une proportion beaucoup moins heureuse.

De ce qui précède il résulte que Ganzinotti avait parfaitement raison de diviser l'involution en général en *involution rapide* et *involution lente*, et de dresser ses tableaux d'après cette donnée.

Nous n'avons pu, dans notre travail, vérifier l'influence de l'allaitement sur la régression utérine, la plupart des femmes ne nourrissant que 3 ou 4 jours, après lesquels l'enfant passait en d'autres mains.

La multiparité se révèle dans tous les tableaux comme une cause accélératrice de l'involution, cause toutefois moins active lorsque l'ergotine a été administrée.

Avant de clore cette étude, il nous resterait à répondre à une dernière question. Comment l'ergot de seigle, excitateur par excellence de la fibre musculaire lisse, arrive-t-il à gêner la rétraction d'un organe presque exclusivement constitué par cet élément anatomique. A cela nous répondrons d'abord, que les contractions établies dans l'utérus sous l'influence de l'ergot ne sont, pas plus dans les suites de couches qu'au moment de l'accouchement, comparables aux contractions physiologiques. Avec l'ergot la contraction devient rémittente, presque continue et comme spasmodique, tandis qu'en dehors de son action elle est brève et franchement intermittente.

La nutrition interstitielle, la circulation doivent être profondément troublées dans le premier cas, tandis qu'elles s'effectuent régulièrement dans le second.

D'un autre côté le bénéfice que l'emploi de l'ergot semble donner après l'accouchement, n'est en réalité qu'un leurre puisque la masse de l'organe est destinée à s'atrophier par dégénérescence granulo-graisseuse de ses éléments anatomiques, avec résorption consécutive, et non par le simple fait de contractions répétées. Sans doute, on peut nous opposer la disparition ou l'arrêt de certains fibromes à la suite des injections d'ergotine. Mais nous avons ici une production néoplasique, à développement actif, riche en éléments jeunes, dans l'épaisseur de laquelle on cherche à amener des troubles de nutrition assez marqués pour provoquer la destruction du tissu, ou tout au moins son arrêt de développement. Rien de semblable n'a lieu dans l'utérus *post partum*; c'est tout naturellement que le travail de désintégration se produit, comme aussi la résorption des nombreuses granulations qui en résultent. Peu de temps après l'accouchement (3e ou 4e jours d'après Heschl et Jenks) l'organe tout entier a subi la même altération (1). Les fibres musculaires lisses privées des noyaux, à limites peu distinctes prennent sous le microscope un aspect jaune pâle, légèrement granuleux. Avec cette altération disparaît l'action excitatrice de l'ergot. On ne comprendrait pas qu'il en fût autrement. Une preuve de ce fait est donnée par l'arrêt que subit parfois l'involution à une époque variable des couches, arrêt combattu en vain par l'ergot en ses différentes préparations. D'ailleurs, contre cet état pathologique (subinvolution) ce n'est pas le seigle ergoté que les gynécologues recommandent, mais le repos, les injections chaudes, les lavages intra-utérins, etc.....

Mais bien loin d'être pour l'utérus une substance anodine, l'ergot, nous l'avons vu ralentirait même l'involution. Ce

(1) Tout en admettant une surchage graisseuse des fibres musculaires de l'utérus dans les jours qui suivent l'accouchement, Mayor considérerait plutôt leur disparition comme due à un véritable travail d'atrophie. La fibre cellule toujours visible se caractériserait ainsi par sa petitesse (voir MAYOR. *Archives de physiologie*, n° 8, 1887).

retard à quoi faut-il l'attribuer ? à une rétention des caillots, des lochies ? c'est possible, le médicament y prédispose. Faut-il l'attribuer encore à la stimulation que l'ergot comme un véritable courant électrique, donne à la fibre cellule, stimulation capable de prolonger sa vitalité au delà des limites ordinaires, et par suite de s'opposer au travail de désintégration qu'elle subit ?

Le fait quoique non prouvé n'a rien d'irrationnel.

Il faut enfin compter avec la part d'action de la même substance sur les vaisseaux, action anémiante, capable d'accélérer le mouvement de dénutrition, mais bien capable aussi de gêner l'absorption des matériaux qui en résultent.

## CONCLUSIONS

1° L'ergotine administrée pendant les 5 ou les 10 premiers jours des couches, n'exerce sur l'involution utérine aucune influence favorable.

2° Il résulte au contraire d'assez nombreuses observations, que cette substance peut s'opposer dans une certaine mesure à la rétraction régulière de l'utérus.

3° Ce fait que prouvent à la fois la mensuration externe et le cathétérisme intra-utérin, contre-indique l'emploi du seigle ergoté comme agent d'involution dans les suites de couches.

4° Vis-à-vis des hémorrhagies secondaires le médicament conserve tous ses droits. Son action sera ici d'autant plus efficace, qu'on sera moins éloigné de l'époque de l'accouchement.

25 septembre 1887. Dr ÉMILE BLANC.

---

# UN NOUVEAU BOUT DE SEIN

Par le Dr **Smester**.

On a inventé, pour faciliter l'allaitement dans certains cas de malformation des seins un grand nombre d'appareils, plus imparfaits les uns que les autres, parce que ceux qui les

faisaient exécuter étaient des industriels, et pas des médecins. Les tire-lait, les pompes, les tétines se valent ; celui d'O'-Connor, le plus employé, est aussi défectueux que possible.

Il y avait, avant de concevoir aucun instrument pour favoriser les tetées, à poser nettement les termes du problème à résoudre.

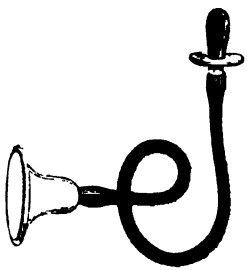
Je crois qu'il peut l'être de la façon suivante :

Dans le cas de malformation des mamelons ou de faiblesse du nouveau-né, trouver un bout de sein qui, dans l'un ou l'autre cas, facilite l'allaitement de l'enfant,

Pour bien faire comprendre la difficulté de la solution, il importe de déterminer tout d'abord les cas qui nécessitent l'emploi d'un tel appareil. Ce sont :

Du côté de la mère : Les malformations du mamelon ; ombilication ; gerçures ; crevasses ; aussi les abcès.

Du côté de l'enfant : La faiblesse ; les vices de conformation du voile du palais ; les maladies des muqueuses nasales pharyngiennes et pulmonaires.



Comme on peut le voir, il s'agit de résoudre un problème à deux termes complexes, qu'il faut toujours avoir présents à l'esprit.

La voie de la solution a été ouverte par M. Bailly, avec son bout de sein que tout le monde connaît (1).

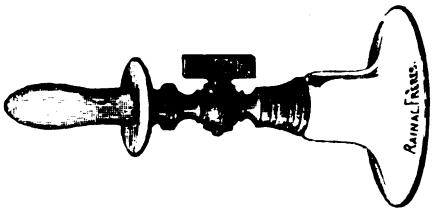
C'est une simple cupule de verre conique avec une petite tétine en caoutchouc.

Il fut suivi par le Dr Triaire (de Tours), dont je ne connaissais pas l'appareil, qui est une ingénieuse modification du bout de sein de M. Bailly.

A la cupule de verre ordinaire, l'auteur fait adapter un ajutage creux métallique, qu'il est possible d'ouvrir ou de fermer au moyen d'un robinet.

A la partie extrême de l'ajutage est un pas de vis sur lequel on fixe à volonté ou une ventouse en caoutchouc ou

une tétine. De telle sorte que pour faire teter l'enfant, il suffit de faire le vide dans la cupule au moyen de la ventouse ;



de fermer le robinet ; d'enlever la ventouse ; d'ajuster le bout de sein ; de le faire prendre à l'enfant ; et enfin d'ouvrir le robinet pour laisser passage à l'écoulement du lait.

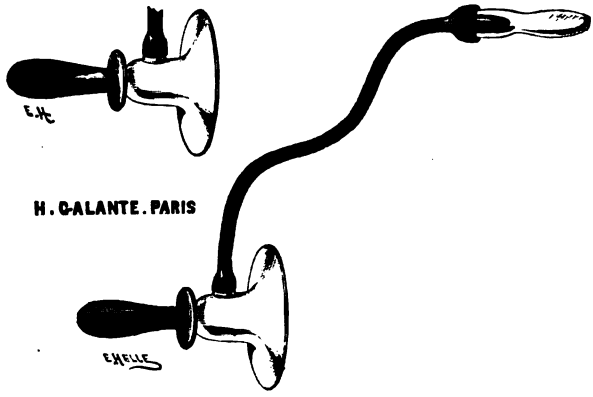
Le troisième appareil, que j'ai imaginé, a été exécuté en janvier 1887 par M. Galante.

Je décrirai auparavant le bout de sein du Dr Auvard, bien

qu'il ait paru un an plus tard, parce qu'il me semble moins

complet que le mien, pour les raisons que je donnerai plus tard.

Le bout de sein du Dr Auvard, c'est toujours la cupule de verre de M. Bailly, avec deux ouvertures symétriques, auxquelles sont adaptées deux tubes de caoutchouc, portant chacun une teterelle. Dans celle destinée à l'enfant il y a une petite soupape en caoutchouc. Il n'y a rien du côté de la mère.




Mon appareil, est composé d'une cupule en verre, plus large, plus évasée, à cône plus long que le bout de sein de M. Bailly.

La tétine en caoutchouc du Dr Bailly est remplacée par une tétine avec soupape de même matière. Sur la paroi de la cupule est adapté un petit embout de verre creux, auquel on fixe un tube en caoutchouc, terminé par une autre tétine, encore avec soupape. Il y a donc dans mon appareil une soupape à chaque embout.

En somme les deux derniers instruments, exécutés par le même fabricant, M. Galante, sont très peu différents l'un de l'autre. Le mien, exécuté en janvier 1887, a une soupape de plus que celui du Dr Auvard, fait en décembre de la même année.

Dans celui-ci, l'ouverture de sortie du lait est située à la partie inférieure du cône, et non à son extrémité même; la tétine destinée à l'enfant, au lieu d'être immédiatement sur l'extrémité conique de la cupule, étant portée par un tube plus ou moins long.

Il est bien entendu que chaque inventeur trouve son appareil plus ingénieux, et meilleur que celui des autres.

Examinons donc les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

Le bout de sein du Dr Bailly est le plus simple, le plus facile à manier et, ce qui a son importance, le premier en date.

Il a cependant, dit le Dr Auvard, un inconvénient, un gros inconvénient tel qu'on est obligé souvent de renoncer à son emploi.

L'enfant pour aspirer le lait par son intermédiaire est obligé de faire des efforts beaucoup plus considérables qu'à l'état naturel, et souvent il se rebute dans cette tâche pénible pour ses jeunes forces, il refuse de continuer à sucer, et au lieu de teter il se met à pleurer. Il faut des enfants complaisants et vigoureux pour réussir avec le bout de sein de M. Bailly (1). »

Même avec des enfants vigoureux et complaisants, il est facile de voir qu'une forte succion attire le bout de sein dans le cône de verre, le serre, le bride, l'étrangle, et empêche complètement la sortie du lait.

L'appareil très ingénieux du Dr Triaire permet surtout de façonner un bout de sein mal fait.

L'auteur dit qu'en évitant tout effort de succion à l'enfant il n'en demande pas à la mère. Ce qui est vrai.

N'ayant pas essayé cet instrument, je ne puis formuler que les critiques qui découlent de la description même donnée par le Dr Triaire.

Il faut d'abord faire le vide au moyen de la ventouse, et

(1) *Gazette hebdomadaire*, 17 février 1888.

tirer du lait dans la cupule : puis fermer le robinet ; dévisser la ventouse; visser la tétine, la faire prendre à l'enfant, et ouvrir le robinet,

Ce simple exposé est toute la critique de l'instrument.

Le bout de sein imaginé par le Dr Auvard à la fin de 1887. j'en avais eu l'idée une année auparavant.

Il a beaucoup d'avantages, quand la cupule est suffisamment large, évasée ; quand le cône est suffisamment long, ce bout de sein permet l'allaitement des enfants, même lorsque le sein de la mère est ombiliqué, ou fissuré, à plusieurs conditions toutefois : c'est que l'enfant, assez fort, puisse tirer avec énergie sur son embout, pendant que la mère veillera scrupuleusement à ne pas abandonner son tube pendant une seconde.

Si la mère quitte son embout, l'air pénètre dans l'appareil. et dans le cas d'ombilication du sein, le mamelon se rétracte. Si elle continue de teter, comme sa succion a pour effet de fermer hermétiquement la soupape contenue dans l'embout destiné à l'enfant, le lait monte à sa bouche. C'est elle qui prend le lait, et non l'enfant, si tous les deux tettent ensemble, il faut que la succion de l'enfant soit plus énergique que celle de la mère, et c'est aux enfants faibles que cet appareil est destiné.

Toutes ces raisons m'avaient fait abandonner l'idée d'un pareil bout de sein, dès l'année 1886. A la fin de cette année. j'ai cru avoir résolu le problème en ajoutant une soupape à l'embout maternel, et en interposant entre cet embout et la cupule un petit tube de verre, pour surveiller la montée du lait.

Ce bout de sein, pour la mère, avait les mêmes avantages que les autres. De plus, il permettait de constater, dans le petit tube en verre, dans les cas de gerçures ou crevasses, si quelques gouttes de sang étaient mêlées au lait.

Si l'enfant est fort et bien conformé, la simple tétine du Dr Bailly, avec cupule plus évasée et cône plus allongé, remplit parfaitement les indications. Il n'est vraiment pas besoin de se servir d'un appareil plus compliqué.

Si l'enfant est faible, mal conformé, enrhumé du cerveau ou de la poitrine, alors mon bout de sein trouve ses indications.

Par exemple, en admettant que l'enfant soit excessivement faible, et que le bout de sein de la mère soit malformé, voici ce qui se passe : quand la mère tette, la soupape adaptée à la tétine de l'enfant se ferme et le lait afflue dans la cupule. Dès qu'il arrive à l'index en verre, la mère cesse de teter. Alors l'air extérieur non seulement ne peut pénétrer dans le tube maternel, mais aide au contraire à fermer plus hermétiquement la soupape de ce tube, et la moindre succion de l'enfant suffit à faire affluer le lait à sa bouche.

A part l'instrument du Dr Triaire, que je n'ai pas expérimenté, il est bien évident que des trois autres, c'est le mien que je préfère, comme étant celui qui fonctionne le plus automatiquement, remplit le plus d'indications et demande le moins de contention d'esprit à la mère.

En théorie, ce bout de sein n'est pas mauvais. Mais en pratique! Les soupapes ne marchent pas ; elles ferment trop, ou trop peu, de telle sorte qu'un appareil qui théoriquement remplit toutes les indications, pratiquement se détraque à tous moments.

Ce sont ces dernières imperfections qui m'ont empêché de publier cette bien modeste découverte.

Je voulais auparavant trouver la soupape idéale, la soupape type qui devait lever toutes les difficultés.

Qu'on la dispose dans les tétines, dans la continuité des tubes ; qu'on la fasse en caoutchouc ou en verre, qu'on incise l'embout destiné à l'enfant, peu importe. Ce n'est qu'une question de mécanique et d'application, qui regarde maintenant le fabricant. Le principe est désormais posé, et la question médicale résolue ; je le crois du moins. C'est aux fabricants de trouver ce rien, la soupape, et de transformer un appareil souvent infidèle, à cause de l'imperfection des soupapes, en un instrument de précision, et de donner aux mères et aux enfants chétifs un bout de sein, dont ils ont grand besoin.

# REVUE CLINIQUE

## I

## A M. LE PROFESSEUR PAJOT

MONSIEUR ET TRÈS VÉNÉRÉ MAITRE,

Je relisais ces jours-ci votre livre d'Obstétrique et de Gynécologie.

Le chapitre relatif au *Travail prolongé* m'a remis en mémoire un cas de ce genre observé par moi l'été dernier. — Il me paraît offrir un certain intérêt, tant par la durée vraiment excessive du travail (106 heures, sans la moindre exagération) que par son heureuse issue pour la mère et pour l'enfant. — Je me permets de vous en adresser l'observation in extenso, avec prière d'en faire ce que bon vous semblera.

Veuillez agréer, Monsieur et vénéré maître, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Dr **Berlin.**

Nice, le 2 Mars 1888.

---

Vers la fin de juillet dernier, Mme X..., vient me trouver, accompagnée de sa mère. Agée de 31 ans, brune, de taille moyenne, assez obèse, fortement constituée, n'ayant jamais été malade, Mme X... mariée depuis 8 ans, se trouve enceinte pour la première fois et se prétend à terme, après une grossesse normale. Elle doit être assistée, dans son accouchement, par Mme Lortan, sage-femme très distinguée de notre ville; mais, en raison de son âge, de sa primiparité, de son obésité, sa famille redoute, à tort ou à raison, un accouchement difficile, et on vient me demander de me tenir prêt, le cas échéant, à seconder la sage-femme.

J'examine, le soir même, Mme X..., chez elle. Le fond de l'utérus est à 4 ou 5 centim. au-dessus de l'ombilic. Mouvements du fœtus très énergiques ; cœur fœtal, 150 pulsations par minute. Le palper abdominal permet de reconnaître, malgré l'épaisseur des parois, une OIGA. Le col, encore saillant, nullement entr'ouvert, est situé très haut, fortement porté à gauche et en arrière. A travers le segment inférieur de l'utérus, on sent, en enfonçant le doigt profon-

dément, une présentation du sommet, mais très élevée encore, sans le moindre engagement. J'affirme à Mme X..., que, malgré ses calculs, elle n'est nullement à terme.

En effet, un mois encore s'écoule sans incident. Durant cette période, je revois ma cliente à plusieurs reprises; le col s'efface peu à peu, mais la présentation reste toujours très élevée; d'ailleurs, la recherche du promontoire, pratiquée avec le plus grand soin à chaque examen, est totalement négative. Vers le 20 août, quelques douleurs prémonitoires se montrent; elles disparaissent au bout de deux jours, et, pendant une semaine encore, tout rentre dans l'ordre.

Le lundi 29 août, à 3 heures après-midi, la sage-femme me fait prévenir que le travail est commencé depuis 4 heures du matin; Mme X..., qui est, disons-le maintenant, douillette, nerveuse et impatiente à l'excès, s'étonne de n'être pas accouchée encore et réclame à grands cris mon intervention. J'arrive auprès de la patiente; les contractions, bien que soutenues sans interruption depuis le matin, sont assez faibles et espacées; la présentation et la position n'ont pas changé; le col, toujours en arrière et à gauche, est effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 50 centimes; aucune apparence d'engagement.

Le soir, les choses sont dans le même état. Sur les instances de la famille, malgré mon affirmation que l'accouchement ne se terminera pas de sitôt, je passe la nuit auprès de la malade. Les contractions sont rares, espacées, elles n'empêchent pas la patiente de prendre, entre deux douleurs, un peu de sommeil. Le lendemain matin, la dilatation n'a pas fait de progrès sensibles.

Je passe rapidement sur les journées de mardi 30, mercredi 31 août et jeudi 1er septembre. La situation ne se modifie guère; le travail se traîne avec une lenteur désespérante; tantôt les contractions semblent prendre quelque énergie, tantôt elles deviennent à peine appréciables; le col, complètement effacé, présente des bords minces, rigides; quant à la dilatation, c'est tout au plus si, le jeudi soir,

après 4 jours pleins de vrai travail, elle atteint le diamètre d'une pièce de 2 francs ; les membranes bombent à peine pendant les douleurs ; la tête ne descend pas ; et pourtant à quelque profondeur qu'on enfonce le doigt, le promontoire est toujours inaccessible. Je renonce à décrire la situation de l'accoucheur forcé de faire prendre patience à tout le monde peudant ces trois interminables journées, sans compter les nuits (car ma présence continuelle était exigée par la famille) ; jamais je n'avais mieux compris le *tedious labour* des Anglais. D'une part, la patiente, qui avait rêvé d'être accouchée au chloroforme, m'assourdissait de ses instances ; d'autre part, l'entourage dissimulait mal la surprise que lui inspirait mon inaction. Mais, au milieu de tout cela, l'état de la mère et du fœtus restait excellent ; le cœur fœtal battait avec une force et une régularité normales ; quant à la mère, malgré les cris déchirants qu'elle poussait à chaque douleur, son facies et son pouls n'indiquaient pas le moindre épuisement. Fort de cette donnée, certain d'autre part de n'avoir affaire ni à un bassin rétréci, ni à une présentation vicieuse, la poche des eaux étant d'ailleurs intacte, je me refuse obstinément à toute intervention active et je parviens à faire tolérer mon inaction par la famille. Il va sans dire que j'avais épuisé les moyens médicaux usités en pareil cas, injections chaudes, bains chauds prolongés, extrait de belladone sur le col, etc. ; quant à donner de l'ergot, chez une primipare à col rigide et à périnée épais, je n'y songeai même pas.

Enfin, dans la nuit du 1er au 2 septembre, vers 2 heures du matin, la poche des eaux se rompt ; à partir de ce moment, les contractions se rapprochent et deviennent fort énergiques.

Cependant, le 2 septembre à 9 heures du matin, la dilatation n'est guère plus avancée que la veille ; à peine y a-t-il trace d'engagement ; le col est toujours très oblique en haut, en arrière et à gauche ; la tête appuie fortement sur le pubis ; toutes les manœuvres que je tente sur la lèvre antérieure,

pour engager la tête dans l'orifice, n'obtiennent aucun résultat. L'orifice restant rigide, indilatable, je pratique à plusieurs reprises, dans la matinée, des incisions rayonnantes sur le col, à l'aide d'un long bistouri boutonné.

Notons en passant que, dans la matinée, la malade, dont la miction était déjà fort difficile la veille, est prise de rétention complète d'urine. La sonde molle, que la sage-femme tente d'introduire, est arrêtée ; j'essaie de pénétrer avec une sonde métallique ; elle bute contre la paroi postérieure de l'urèthre ; il est évident que ce canal a subi une déviation considérable, comme cela s'observe souvent en pareil cas ; la sonde en étain de Mayor, dont j'exagère la courbure, sont successivement arrêtées ; j'essaie enfin une sonde à béquille, en gomme, avec laquelle je pénètre sans trop de peine dans la vessie.

A 1 heure après-midi, malgré mes débridements du matin et en dépit de contractions très soutenues, la dilatation n'atteint guère que le diamètre d'une pièce de 5 francs. La femme, qui souffre réellement beaucoup depuis quelques heures, demande à tout prix qu'on la délivre ; d'autre part, le liquide commence à être teinté de méconium, bien que les battements du cœur fœtal soient toujours forts et réguliers. Il ne peut plus être question de temporiser ; je me décide à tenter l'application du forceps, tout en me demandant comment je passerai dans un col si peu dilaté et si peu dilatable.

La patiente est chloroformée par mon assistant habituel, jusqu'à résolution complète. La première branche est placée sans difficultés ; mais elle semble avoir pris toute la place disponible, elle est comme étranglée par l'orifice du col ; ce n'est qu'après de longs et pénibles efforts que, très intelligemment aidé par la sage-femme, je parviens à introduire la seconde. L'articulation des branches se fait facilement. Mais je suis obligé de déployer toute ma force pour faire descendre peu à peu la tête ; enfin, après 5 minutes environ de tractions énergiques, celle-ci se dégage sans

autre incident. Enfant du sexe féminin fortement constituée, poids, 3 kilogr. 500.

Délivrance normale. Suites de couches des plus simples, malgré l'indocilité de la mère, ses imprudences répétées et son mépris absolu de toutes les précautions antiseptiques.

## II

### BASSIN GÉNÉRALEMENT RÉTRÉCI. — SOMMET. — FŒTUS, QUATRE KILOG. ENVIRON. — RUPTURE DES MEMBRANES 36 HEURES APRÈS LE DÉBUT DU TRAVAIL. — CRANIOTOMIE 24 HEURES PLUS TARD. — ENCLAVEMENT DU TRONC DANS L'EXCAVATION. — ABAISSEMENT D'UN MEMBRE SUPÉRIEUR TERMINANT L'ACCOUCHEMENT 90 HEURES APRÈS LE DÉBUT. — GUÉRISON (1).

Par le Dr **Camboulin**, de Port-Saïd.

---

Mme Rossi, 24 ans, primipare, enceinte de 9 mois, eut quelques douleurs utérines le 3 septembre 1884, après midi, et appela aussitôt une sage-femme. Les contractions continuèrent dans la nuit, devinrent plus fortes dans la journée du 4 et la poche des eaux se rompit le soir.

Le 5, au matin, la famille inquiète de la longueur du travail, se décide à appeler deux médecins de la ville.

Ces confrères trouvèrent la femme exténuée, avec de faibles contractions ; présentation du sommet en occipito-iliaque gauche antérieure, tête volumineuse encore loin de la vulve ; bassin généralement rétréci.

Après plusieurs visites, constatant que les battements du cœur fœtal étaient éteints, ils se décidèrent dans la soirée à faire la crâniotomie. Ils pratiquèrent cette opération au

(1) Nous rappelons que les observations sont publiées telles que les auteurs nous les envoient. Leur publication n'engage en aucune façon la responsabilité scientifique du journal. (*Note de la Rédaction.*)

moyen d'un couteau dont la lame était entourée de diachylum de façon à laisser seulement la pointe libre. Elle fut longue et pénible pour la femme. La matière cérébrale s'écoula enfin mais la tête n'avança pas d'un pouce.

Le 6. L'état général était très mauvais, la femme n'avait pas dormi depuis le début du travail, de petits frissons se répétaient à de courts intervalles, la fièvre s'allumait.

La tête n'avait pas le moins du monde progressé malgré l'écoulement presque complet de la matière cérébrale. Pas une contraction de l'utérus. Mes confrères prescrivirent deux grammes de seigle ergoté.

C'est alors que je fus appelé par dépêche.

Arrivé à Ismaïlia, à 3 heures de l'après-midi, je recueillis les renseignements précédents et constatai l'état suivant :

Femme petite, à jambes arquées, bassin extérieurement peu évasé, volume énorme de l'abdomen. Fièvre à 40° C., pouls fréquent et petit. Soif ardente, quelques vomissements bilieux. Facies grippé. Utérus dur, contracturé en masse, peu douloureux au palper ; dos de l'enfant manifestement à gauche, petites parties à droite. Tête engagée en OIGA.

Grandes lèvres tuméfiées, luisantes, chaudes ; écoulement vaginal muco-sanguinolent, mêlé de débris d'os et de matière cérébrale, odeur forte.

Toucher très pénible, la femme pousse des cris quand on l'approche ; le contact du doigt à la vulve réveille des douleurs cuisantes surtout à droite où la petite lèvre est ulcérée. En pénétrant dans le vagin on rencontre d'abord un mélange de mucosités, de lambeaux de cuir chevelu et de morceaux d'os, plus haut le moignon du crâne. Impossible de pénétrer plus loin.

Il ressortait de tout cela que nous avions affaire à un cas de dystocie ayant pour causes : un rétrécissement plus ou moins considérable du bassin, un volume du fœtus exagéré, une rupture ancienne des membranes ; le tout compliqué de la contracture de l'utérus, de l'hyperesthésie des parties génitales, de l'état général et peut-être aussi de l'écrase-

GRIFFITH. **Myxome fibreux du chorion.**

HERMAN ET FOWLER. **De l'influence de l'ergot de seigle sur l'involution de l'utérus.** Ils ont étudié cette influence sur deux groupes de femmes. Dans l'un il y avait 58 femmes, auxquelles on a donné de l'ergot pendant les 15 jours qui ont suivi l'accouchement; dans l'autre 68 qui n'ont pris, en tout, qu'une seule dose d'ergot et après l'accouchement. Ils ont remarqué que l'involution s'était faite plus rapidement chez celles qui étaient soumises à l'action prolongée de l'ergot. Cette étude a eu pour base la déterminaison journalière de la hauteur de l'utérus au-dessus du pubis. Ils n'ont observé aucune différence appréciable dans la durée des lochies.

BOXALL a également expérimenté sur deux séries de femmes, 100 dans chaque série. Il est arrivé aux conclusions suivantes: 1) si l'usage routinier de l'administration de l'ergot après l'accouchement, ne hâte pas le moment de la cessation des lochies, il a du moins pour effet, quand on le donne pendant les trois premiers jours, de prévenir la formation de caillots, d'accélérer leur expulsion et de diminuer la fréquence, l'intensité et la durée des douleurs *post partum ;* 2) quand on ne l'administre pas dès le premier jour, il favorise ensuite l'expulsion des caillots et diminue la violence des douleurs expulsives.

DAKIN. Il a, contrairement aux résultats indiqués par Hermann et Fowler, constaté que l'involution utérine était plus rapide chez les femmes qui n'avaient pris qu'une seule dose d'ergot, que chez celles qui en avaient pris deux doses quotidiennes pendant trois jours, En moyenne, l'utérus était redevenu organe pelvien après 9, 12 jours chez les premières, après 10, 3 chez les autres. D'ailleurs, il existe des causes d'erreurs considérables dans ces mensurations. La situation de la matrice en est une des principales. On constata de grandes différences suivant que l'utérus est dans l'axe pelvien ou dévié. Ainsi, dans un cas où il était dévié à gauche, on constata qu'il mesurait neuf pouces au-dessus du pubis; or, le lendemain, il était un peu à droite de la ligne médiane, il ne mesurait plus que 5 pouces. Les lochies représentent un *criterium* plus sûr. Or, à ce sujet encore ses observations diffèrent de celles de ses collègues. Car il a constaté qu'avec une seule dose d'ergot les lochies durent, en moyenne, 9, 8 jours, et 11, 6, quand on l'administre pendant 3 jours. Dans ces derniers cas, les douleurs *post partum* étaient moindres mais les caillots expulsés plus nombreux.

Drs SWAYNE, HERMAN et DAKIN, ajoutent quelques remarques. (British med. Journ., 11 février 1888).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

*Séance de 20 décembre 1887.*

PRÉSIDENCE DE HANKS

HUNTER a constaté que la tumeur du rein présentée par Mc Lean, le 1er novembre, est un myxo-sarcome.

**Aiguille à colporrhaphie.** BOLDT présente une aiguille de Martin modifiée; elle est ronde, au lieu d'être tranchante, la pointe présente un biseau; il la préfère à celle de Hagedorn.

HUNTER présente un **porte-aiguille** d'un mécanisme fort ingénieux, et qui tient très solidement l'aiguille.

HUNTER présente un **utérus enlevé par l'hystérectomie vaginale, dont le col est hypertrophié.** L'opération a été faite l'avant-veille, et l'opérée n'a pas encore été examinée.

A une question de PERRY, HUNTER répond qu'il n'opère pas sur un simple soupçon de malignité; dans le cas actuel, il y avait plus qu'un soupçon.

A une question de HANKS, il répond que le col était déchiré.

HANKS croit que l'allongement hypertrophique du col existe, et qu'une déchirure du col peut causer l'hypertrophie.

BOLDT a vu l'hypertrophie du col chez une nullipare.

JACOBUS remarque que l'hypertrophie et le prolapsus coïncident souvent; probablement l'hypertrophie est due au frottement du col causé par le prolapsus.

JOHN BYRNE. — **Laparohystérectomie, pièces.**

CAS I. — **Sarcome utérin. Guérison.** Le raclage ayant ramené des débris sarcomateux, BYRNE se décida à faire la laparotomie, qui fut très difficile, le 9 octobre. Le sixième jour, la température atteignit 39°,44 et il se produisit un abcès de la paroi abdominale.

CAS II. — **Fibromes utérins. Mort.** L'auteur en janvier 1887, a présenté une des tumeurs de cette malade, une négresse (1).

---

(1) *Annales de gyn*, 1887, t. I, p. 301.

Le 29 octobre, elle revint à l'hôpital, ayant eu de fréquentes hémorrhagies et des vomissements. Les tumeurs étaient adhérentes de tous les côtés. L'opérée mourut d'épuisement le septième jour.

A l'autopsie, on trouva la réunion complète ; il n'y avait pas de péritonite.

A une question de BOLDT, BYRNE répond qu'il traversa le pédicule avec une ligature double, lia les deux moitiés et les cautérisa.

FREEMANN croit, comme BYRNE, que l'électrolyse n'est pas avantageuse dans le traitement des fibromes multiples. Il a parfois poussé son courant jusqu'à 400 milliampères, sans inconvénient. Son appareil peut enregistrer 500 milliampères.

COE. — **Elévation de la température dans l'état puerpéral.** Le sujet de l'observation, primipare, âgée de 24 ans, a toujours joui d'une excellente santé, et n'a jamais eu de fièvre intermittente ; rien, dans son entourage, n'a pu apporter un élément septique. Le travail ne dura que six heures, le périnée ne fut pas entamé, la délivrance fut normale de tout point, et toutes les précautions antiseptiques furent prises avec soin.

Le sixième jour la température atteignit 37°,78. 75 centigr. d'antipyrine firent baisser la température qui remonta, le lendemain à la même hauteur. Les seins étaient en bon état, les lochies normales, l'utérus indolore et en régression. Le huitième jour, après un frisson, le thermomètre placé dans l'aisselle monta soudainement jusqu'à 40°,55, et retomba aussitôt à 39°,44. La perte avait une odeur forte (*strong odour*), Coe fit une injection utérine phéniquée qui ramena des débris inodores. Le même soir, l'accouchée eut 41°,44 et fut prise de délire. Coe fit le curage qui ramena des débris de tissu sans odeur. Le surlendemain matin la température s'éleva à 40°,65 ; le soir, à 41°,44. Deux jours après, nouvelle ascension à 40°, malgré l'administration de 3 gr. (50 grains) de quinine, dans les 24 heures précédentes. Le treizième jour, sur le conseil du Dr Morril, Coe donna 1 gr. 20 de quinine à midi et autant à minuit (20 grains). Dès lors, la température ne monta pas au delà de 37°,22. L'accouchée, qui est dans la quatrième semaine, va et vient.

COE est convaincu qu'un élément septique a dû agir, dans ce cas, quoiqu'il ignore d'où il a pu venir.

Pour lui, la douche utérine ne doit être employée que lorsqu'il

y a des matériaux septiques dans l'utérus, et il ne faut curer que lorsque les injections n'ont pas réussi.

A. HARRISON et Van RAMDOHR, COE répond que les premières injections furent faites par la garde-malade.

Pour HARRISON, l'infection apportée par la garde ou par le médecin se manifeste le troisième jour; dans le cas où elle est causée par des micro-organismes *ubiquitaires*, elle ne commence que plus tard; c'est ce que l'on a appelé à tort l'infection autogenésique. Coe a eu affaire à un cas de ce genre.

HANKS croit que c'est un cas de pyohémie puerpérale.

Pour FREEMAN, c'est une fièvre maremmatique.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

*Séance du* 20 *mai* 1887.

PRÉSIDENCE DE A. F. A. KING

W. W. JOHNSTON. — **Anémie chronique et affaiblissement chez les nouvelles mariées.** Cette affection n'est pas toujours due à quelque maladie de la sphère génitale, elle porte sur la nutrition et surtout sur les fonctions nerveuses.

Mrs W. qui a toujours joui d'une excellente santé avant son mariage, fait un long voyage de noces, devient enceinte et accouche normalement; elle peut se lever au bout de 2 semaines. Au bout de 4 semaines, l'utérus n'avait pas bien involué; il était rétroversé et la muqueuse cervicale était rouge. Vagin pâle, leucorrhée abondante. Les promenades en voiture la fatiguent, elle est obligée de sevrer bientôt. Un anneau pessaire ne lui fait aucun bien. Inappétence, constipation, anémie progressive. Au bout d'un an, Mrs W. ne peut sortir de sa chambre, elle ressent des douleurs dans la région précordiale et dans le pouce gauche; elle rejette sa nourriture.

Les toniques de toute espèce, l'électricité, etc., amènent une amélioration lente. Néanmoins l'anémie subsiste.

Quatre ans après son mariage, quoique son état soit meilleur il est loin d'être ce qu'il était auparavant.

Le deuxième cas est celui d'une dame stérile, bien portante, que Johnston a soignée pendant 2 ans et qui, peu après son mariage,

perd l'appétit, souffre d'indigestion, de constipation, de dysménorrhée et de douleurs lombaires, elle prend un mauvais teint, elle a de la leucorrhée muco-purulente. Un traitement spécial améliore l'utérus, mais non l'état général.

Il y a 3 ans, étant à la montagne, elle est prise de douleurs vives dans le thorax, et se voit forcée de revenir chez elle. L'électricité et le galvanisme ne lui font aucun bien, l'anémie résiste à tous les agents.

La malade, sans être forte, est dans un état passable maintenant.

« L'anémie, plus fréquente chez la femme que chez l'homme, est, chez elle, moins grave en général, et plus facile à guérir. » D'où vient qu'elle est parfois si rebelle? C'est que, comme le dit Immermann « l'organisme atteint d'une anémie grave, n'a qu'une capacité limitée de refaire les éléments qu'il a perdus. »

Le renouvellement des tissus exige un sang riche, mais les liquides digestifs sont pauvres eux-mêmes et la digestion est entravée (1). Il y a là un cercle vicieux. Les expériences de Bauer ont démontré que la régression des tissus est plus active chez les anémiques; ils excrètent beaucoup d'urée; néanmoins, les anémiques ne maigrissent pas toujours; les éleveurs le savent bien, et ils font parfois engraisser leurs bêtes en les saignant de temps en temps.

Lorsque l'anémie a été causée par une alimentation insuffisante, par la dyspnée, la grossesse, l'accouchement, les hémorrhagies, l'allaitement, les organes deviennent apathiques, et les tissus subissent la dégénération graisseuse (expériences de Perl et de Manassein, observation de Ponfick).

Le cœur, affaibli, fonctionne mal, il s'étrécit (Wagner); la quantité absolue de sang circulant est donc diminuée. Le pancréas, comprimé, sécrète peu; le côlon se rétrécit, ses parois s'épaississent. L'auteur traite depuis 10 ans une anémique dyspeptique dont les matières fécales sont minces et allongées « comme un tuyau de pipe ».

---

1) L'empoisonnement lent amené par la résorption d'une partie des matériaux de désassimilation séjournant dans l'intestin, lorsque la malade est constipée est sans doute une « cause de malnutrition » comme l'a dit A. Clark. Depuis que mon attention a été attirée de ce côté, j'ai de meilleurs résultats que précédemment dans les cas d'anémie. (A. C.)

PRENTISS croit que, parmi les causes de l'anémie, on doit compter les vêtements trop serrés, le défaut d'exercice, les veilles mondaines.

Il cite plusieurs cas où la constriction des vêtements autour de la taille était la cause des désordres.

KING croit que souvent les malades ne prennent pas assez d'eau. Il croit à la fâcheuse influence des corsets trop serrés (1). Il y a quelques années il a publié un mémoire dans lequel il avance que la circulation porte est sous la dépendance des mouvements respiratoires du diaphragme; les corsets gênent ces mouvements, et, par suite, la circulation porte.

H. D. FRY croit que souvent le mariage, prescrit aux jeunes filles pour leur santé, leur fait plus de mal que de bien.

Les trois quarts des femmes dans les classes riches, ne peuvent pas faire une *nourriture* complète. Bientôt une femme qui pourra allaiter son enfant jusqu'à l'âge du sevrage, sera regardée comme une curiosité.

La rétroflexion se reproduit presque toujours peu après l'accouchement.

MC ARDLE croit qu'il est dangereux de soutenir que la santé des jeunes femmes est altérée par le mariage ; d'après son expérience, la maternité leur fait du bien, au contraire ; sans doute quelques-unes en souffrent, mais elles sont habituellement mieux portantes après la ménopause que les vieilles filles.

Pour BUSEY, il est d'autres causes plus actives d'anémie que la toilette ; la menstruation et la puberté précoces, le mariage prématuré, l'allaitement, les essais inutiles de lactation, les anxiétés de la maternité en sont les facteurs les plus fréquents.

Il note aussi la malnutrition, les gâteries, la constipation, qui vient de fâcheuses habitudes et d'une alimentation mal dirigée, l'énervement amené par le surmenage intellectuel, le défaut d'exercice physique.

G. TABER JOHNSON a vu une demoiselle devenir profondément anémique, parce qu'elle désirait, et ne pouvait pas se marier. Il serait intéressant de comparer les effets de l'accouchement chez les femmes des classes supérieures et chez les femmes de couleur.

(1) Dickinson vient de publier une excellente monographie avec figures sur ce sujet : *Corset Question of Pressure and Displacement*. (A. C.)

Pour W. W. JOHNSTON, la femme supporte la perte de sang mieux que l'homme, et se refait plus vite; néanmoins elle tombe plus tôt dans une anémie profonde.

---

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance annuelle, 22 octobre* 1887.

PRÉSIDENCE DE CH. W. EARLE

Dans son discours précédent, Mc EARLE parle des statistiques de la Maternité de Paris, où Tarnier a réussi à n'avoir pas, dans son pavillon, une mort sur 785 accouchements. Les épidémies puerpérales du XVe, du XVIe, du XVIIe et du XVIIIe siècles ont été meurtrières, mais ces temps sont passés.

Puis il fait l'historique de la découverte de la fièvre puerpérale et des moyens employés pour la combattre ou la prévenir. Levret recommandait déjà les injections intra-utérines.

Il s'élève ensuite contre l'ignorance des gardes-malades qui choisissent cette profession « parce que leur mari est mort, parce « que leur mari n'a pas réussi dans son commerce, pour avoir un « peu d'argent mignon ! »

Enfin il insiste sur les précautions antiseptiques connues.

---

*Séance du* 18 *novembre* 1887.

PRÉSIDENCE DE T. H. BYFORD.

W. W. JAGGARD présente le **forceps normal de Lazarewitch**, décri dans les comptes rendus du Congrès de Washington qui sont sou presse. Ce forceps n'a pas de courbure pelvienne,

**Hydrosalpinx**, pièces, par H. I. BYFORD.

**Fibro-sarcomes de l'utérus et du ligament large, par** BYFORD. L'o pérée succomba à l'épuisement, 48 heures après l'opération, qu fut très difficile.

SUYDAM KNOX. — **Trois présentations du siège, déchirure d périnée.**

CAS I. — Primipare. Travail long, 72 heures environ. Knox all

chercher un pied, et termina l'extraction avec le forceps. L'enfant pesait 12 livres.

Le périnée déchiré s'est réuni en partie ; mais il sera nécessaire de le suturer.

Cas II. — Primipare ; travail de 40 heures, application du crochet mousse. L'enfant pesait 10 livres. Périnée déchiré jusqu'au sphincter ; la déchirure remonte à 26 millim. dans la cloison recto-vaginale. Les sutures, placées immédiatement, lâchent le huitième jour.

Cas III. — Bipare. Enfant extrait vivant avec le forceps, il pèse 12 livres. Déchirure du sphincter et de 26 millim. de la cloison. Suture du périnée, mais pas de suture de l'anus.

L'auteur pense qu'il ne faut pas intervenir dans les présentations du siège, avant la rupture de la poche.

L'accouchement par le siège chez les primipares présente trois complications. Les parturientes sont effrayées et irritables. Il faut n'intervenir que lorsque le siège est au dehors. Il faut respecter la poche aussi longtemps que possible : le siège complet prépare la voie pour la tête.

L'opium est utile pendant la période de dilatation. Lorsque les membranes sont rompues, il faut faciliter l'engagement par une pression exercée sur le fond de l'utérus.

D. Nelson, dans le cas I, le périnée était extraordinairement rigide. Le fœtus, mort était « comme une boule de mastic » pressé contre le périnée résistant. La première opération à faire dans ces cas est la suture de la cloison ; plus tard, on peut suturer le sphincter et le périnée.

Ch. W. Earle croit que l'épisiotomie aurait été utile. On aurait dû aussi perforer.

Il est aussi partisan de la réunion immédiate.

Byford de même, il emploie le catgut au genièvre (*juniper catgut*).

Knox ne s'attendait pas à une déchirure. Il sait bien, cependant, que la tête dernière cède tout à coup, quand on la tire avec le forceps. Après la suture, il maintient toujours le ventre libre.

A une question de Earle, Knox répond que ses parturientes n'ont pas été placées dans un bain de siège et il le regrette.

Bayard Holmes. — **Myome primitif du ligament large.**

Il y a 3 ans environ sa malade a accouché, et a eu une déchirure

de la sangle périnéale. Car, déroulement de la tête autour du bord inférieur de la symphyse et rotation de la petite fontanelle sont la plupart du temps accomplis avant que la tête ait atteint le corps du périnée. La première est due à la différence de résistance que la tête rencontre au niveau des parois antérieure et postérieure de l'excavation. Mais la rotation de la petite fontanelle est due à l'action du muscle obturateur qui dessine un plan oblique, sur lequel la partie la plus profonde de la tête glisse en se dirigeant en avant ; quant au muscle pyramidal, sa situation lui permet d'agir sur la portion de la tête fœtale située en arrière du plan moyen, de façon à régulariser et à assurer l'action du muscle obturateur interne. (Cent. für Gynäk., 24 décembre 1887.)

**Du tamponnement dans les cas de placenta prævia.** (Die tamponade bei placenta prævia), AHLFELD.— Bien que le tampon soit une arme à deux tranchants, il est de fait que dans bon nombre de cas sages-femmes et médecins sont obligés d'y recourir. Or, deux fautes principales qu'on commet parfois dans le tamponnement, peuvent faire courir de grands risques aux femmes : 1) on ne bourre pas suffisamment le vagin ; 2) on ne s'applique pas toujours assez à ce que toutes les pièces du tampon soient rigoureusement aseptiques. Il faut, de toute manière, assurer ces deux conditions importantes.

Quant à la technique générale à suivre, la voici :

Avant de tamponner, laver soigneusement les parties génitales externes et faire une irrigation vaginale avec une solution phéniquée à 3 0/0. *Vider la vessie.*

Porter ensuite, aussi haut que possible, un premier tampon fait avec de la gaze iodoformée. Puis bourrer le vagin de bourdonnets et de disques d'ouate phéniquée, les premiers bourdonnets étant armés d'un fil pour faciliter l'extraction du tampon qu'on doit enlever de 6 à 8 heures après son application.

En terminant, une irrigation vaginale pour enlever les débris d'ouate. (Cent. f. Gynäk., n° 1, 1888.)

---

**Des appareils de calorification pour les enfants avant terme ou atteints de débilité congénitale.** (Ueber Warmevorricthungen für zu früh geborene oder lebensschwache Kinder), FURST. — L'auteur

après avoir fait une description intéressante, accompagnée de planches figuratives, des appareils imaginés par WINKEL, TARNIER, MARTIN, HEARSON-EUSTACHE, MOSKAUER, FINDELHAUS, CRÉDÉ, AUVARD, en décrit un nouveau dont il a obtenu de bons résultats. Très facile à improviser, il est basé sur la faculté qu'ont les briques ordinaires de conserver longtemps la chaleur. Les briques s'adaptent facilement sur le fond et sur les parois d'une simple caisse en bois ou le nouveau né est placé reposant sur une sorte de hamac. (Cent. f. Gynäck., n° 1, 1888).

---

**De l'emploi de la curette contre les hémorrhagies dues aux fibroïdes de l'utérus.** (The use of the curette for the relief of hemorrhage due to uterine fibroids), H.-C. COE. — L'auteur n'a voulu envisager qu'un seul symptôme des tumeurs fibreuses de la matrice, l'hémorrhagie. Or, si l'hémorrhagie reconnait pour cause première la tumeur, elle est en réalité plutôt liée aux altérations, à l'hypertrophie générale de la muqueuse, conséquence prochaine du fibrome. Contrairement à une opinion soutenue encore, cette hypertrophie fait défaut dans la portion de la muqueuse utérine qui correspond à la tumeur; à ce niveau la muqueuse est au contraire atrophiée. Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Dans le cas de fibromes de l'utérus, l'hémorrhagie a sa source non dans la tumeur elle-même, mais dans l'*endometrium* hypertrophié.

2° L'hémorrhagie n'est pas proportionnée au volume de la tumeur mais à l'étendue de la surface muqueuse. L'obstruction veineuse et les poussées congestives menstruelles en sont les causes principales.

3° Dans certains cas l'hémorrhagie peut être notablement enrayée pour une très longue période de temps par le moyen d'un raclage complet de l'*endometrium* hypertrophié; et, à condition de le répéter aussi souvent qu'il est nécessaire, on devient maître des hémorrhagies.

4° En réalité, le raclage n'est qu'un traitement palliatif. Mais il permet aux malades d'attendre et de traverser l'âge critique qui amène parfois la guérison, tandis que les opérations radicales ne sont que trop souvent fatales.

5° Le curettage, en semblables conditions, doit être tenu pour

une intervention si peu dangereuse et souvent si efficace, qu'on est parfaitement autorisé à en faire un essai complet avant de songer à l'oophorectomie, la myomotomie, l'amputation supra-vaginale.

6° L'emploi de la curette n'exige pas une habileté spéciale. C'est une manœuvre qui est à la portée de tout praticien, et dont l'exécution est beaucoup plus rationnelle que la conduite qui consiste à laisser les malades s'épuiser par l'effet d'hémorrhagies répétées que les médicaments et les autres moyens palliatifs sont impuissants à suspendre. (The Med. record., janvier 1888.)

---

**Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus.** (The treatment of fibroïd tumours of the uterus by electricity), S. Keith. — Le travail de l'auteur repose sur six observations que nous rapportons assez longuement en raison de la diversité des opinions sur la valeur du traitement en question et du chiffre, toujours élevé, de la mortalité des opérations dites radicales quand il s'agit de fibromes de l'utérus. Il n'est peut être pas tout à fait indifférent de faire remarquer que cette contribution à l'étude du traitement électrique est fournie par un chirurgien connu.

Obs. I. — Mme H..., âgée de 47 ans, a un fibrome de la matrice qu'elle a remarqué depuis plus de 12 ans. Cette tumeur lui occasionnait de grands malaises, des hémorrhagies abondantes et de la rétention d'urine. Elle remontait jusqu'au-dessous des côtes, et remplissait tout le bassin. Le col de l'utérus était inaccessible parce qu'il était absolument impossible de faire pénétrer le doigt entre le pubis et la portion pelvienne du néoplasme. La vessie était refoulée dans l'abdomen, et l'urèthre mesurait plus de 13 centimètres. Approximativement, le poids de la masse était évalué à 30 livres.

Cette femme avait peu de foi dans le succès du traitement électrique, mais elle voulut qu'on l'essayât.

Le 11 juillet, le fibrome fut ponctionné par le vagin, au moyen d'une aiguille en communication avec l'électrode négative. Puis on fit passer, durant 5 minutes, un courant de 200 milliampères. Vers la mi-août, après la cinquième séance, la femme déclarait que la marche était devenue plus facile. Le doigt explorateur pouvait à ce moment atteindre le col qui, auparavant, était inac-

cessible. Cependant, le molimen menstruel s'accompagnait des mêmes malaises que par le passé. Après une nouvelle séance, la tumeur était devenue beaucoup plus mobile. Après la huitième séance, la menstruation, pour la première fois depuis nombre d'années, s'effectua sans douleurs, sans même aucun malaise. Après la treizième séance, la tumeur était libre au-dessous des côtes, et on estimait, qu'elle avait dû diminuer de 10 à 12 livres environ.

Le traitement n'est pas terminé. Il est très prolongé, parce que la femme est obligée de vaquer aux occupations de son ménage ; elle reste debout à peu près toute la journée. Sa taille n'est pas encore précisément élégante mais elle n'est plus comme auparavant, à hauteur des aisselles.

Obs. II. — Mme C..., 36 ans, a eu, il y a deux années, une hématémèse dont l'apparition coïncida avec l'époque présumée des règles et il n'y eut pas d'écoulement de sang par le vagin; ce fut sans doute un cas de déviation des règles. Depuis cette époque elle souffrit constamment de douleurs dans le bassin et la jambe gauche; elle fut sujette aussi à un écoulement aqueux qui alla avec une diminution de la perte menstruelle. Utérus gros et en antéflexion, la cavité mesurant 4 1/4 pouces. En arrière et remplissant presque complètement le bassin, il y avait une masse dure, un fibrome manifestement. La castration avait été acceptée et elle eût été certainement pratiquée si le traitement électrique n'avait pas été essayé. Il consista en 14 applications du pôle négatif et 2 ponctions pratiquées avec le pôle négatif; sa durée fut de 5 semaines. Résultat : La cavité utérine se trouva réduite à 3 1/2 pouces et la masse qui, au début, remplissait le bassin presque complètement, n'avait plus que la grosseur d'un ovaire un peu augmenté de volume. La femme ne ressent plus de douleurs et se sent parfaitement bien.

Obs. III. — Mme B..., 57 ans, fut examinée il y a 13 ans par le Dr Keith qui constata la présence d'un fibrome utérin qui n'arrivait pas à l'ombilic. Mais, bien que la menstruation fût suspendue depuis plusieurs années, la tumeur continua de s'accroître jusqu'à ce qu'elle atteignit les côtes et devint presque immobilisable, d'où de graves malaises, de vives douleurs dans le ventre, le long des cuisses et des troubles de la miction. Tumeur dure, remplissant le bassin. Après la 4e séance d'électricité, elle déclare

qu'elle était comme si elle avait contracté un nouveau bail avec la vie, car elle avait eu la pensée que ses jours étaient comptés. Après la 23e et dernière application, la tumeur n'avait plus que la moitié de son volume primitif.

Obs. IV. — Mme G..., 50 ans, a son fibrome depuis une vingtaine d'années. Elle ne se souvient pas d'avoir eu une seule nuit bonne ; en proie à des douleurs constantes, elle a depuis 5 à 6 ans été alitée six mois sur douze. La marche était devenue presque impossible. La palpation de l'abdomen, très douloureux, exigeait infiniment de douceur. On constatait la présence d'une tumeur volumineuse, bosselée, arrivant à droite au niveau de l'ombilic et remontant plus haut à gauche où elle remplissait complètement l'hypochondre. On fit en tout 23 séances d'électricité, de 5 minutes chacune, avec une intensité de courant qui oscilla de 100 à 200 milliampères. Après la septième séance, la tumeur était manifestement plus petite et la femme qui affirmait son amélioration, disait qu'elle serait certainement morte si son médecin ne l'avait pas envoyée à la ville. Cinq semaines après le début du traitement, elle pouvait faire facilement de 4 à 5 kilomètres. De chétive et épuisée qu'elle était, elle était devenue vigoureuse et de belle apparence. A droite, la tumeur ne dépassait plus le pubis que de deux pouces, à gauche où, primitivement, elle remplissait l'hypochondre, elle ne dépassait pas en dehors, l'épine iliaque A. S et, en hauteur, elle était descendue à l'ombilic.

Obs. V. — Mme C.., 40 ans. Elle a remarqué sa tumeur il y a 16 ans déjà. Dans le commencement, elle était sujette à des métrorrhagies profuses. Mais le séjour à la campagne eut sur elle une heureuse influence. La tumeur n'était pas très volumineuse, elle arrivait à l'ombilic. *Traitement* : électrolyse négative comme dans les cas précédents. Après la 5e séance, la femme constata que son corset était devenu trop large. Après 17 séances, la tumeur s'est éloignée de l'ombilic de deux pouces; la patiente se trouve tout à fait bien.

Obs. VI. — Mme W.., 44 ans. Quatre années auparavant, le Dr Keith avait diagnostiqué chez cette femme un fibrome de l'utérus qui depuis avait considérablement augmenté de volume. Depuis une dizaine d'années, elle était sous le coup d'une menstruation profuse. La tumeur dépassait à droite et à gauche l'ombilic d'un pouce. La cavité utérine mesurait 10 centim. On fit par l'uté-

rus 7 applications positives, mais comme la menstruation fut encore plus abondante, on eut recours à l'électrolyse négative, en tout 13 séances. Actuellement, on constate une différence notable dans la forme de la tumeur. A droite elle est devenue lobulée, mais elle est encore à la hauteur de l'ombilic; à gauche, au contraire, elle a presque complètement disparu. Il est intéressant de remarquer que cette portion de la tumeur s'était développée tout récemment.

L'auteur ajoute en terminant :

Que s'est-il produit dans ces tumeurs, par quel mécanisme ont-elles en partie disparu, je l'ignore. *A priori* on aurait pu admettre que le néoplasme devait d'autant plus facilement rétrocéder qu'il était plus mou, et l'observation démontre que c'est le contraire qui arrive. Mais il reste un fait, c'est que ces tumeurs disparaissent en partie sous l'influence du traitement électrique, et que ce résultat est obtenu sans risques sérieux, sans souffrances vives, sans qu'il soit enfin nécessaire de confiner les femmes au lit et même à la chambre. (Edinb. Med. Journ., février 1888).

---

**D'une dégénérescence encore non décrite de l'ovaire**, GOTTSCHALK. — La pièce pathologique a été présentée à la Société obstétricale de Berlin. Voici l'histoire de la femme chez laquelle elle a été enlevée. Mme X..., âgée de 28 ans, mariée depuis dix ans, est restée stérile. Depuis 9 ans elle est sujette à ces accidents de ménorrhagies qui, depuis 4 ans se sont transformés en hémorrhagies irrégulières et profuses. *Elle a subi* 17 *fois le raclage de l'utérus* après qu'on eut essayé tous les autres moyens hémostatiques ; *résultat thérapeutique nul.* Comme sous l'influence de ces hémorrhagies répétées et excessives, la malade dépérissait de plus en plus, Landau pratiqua, comme ressource dernière, l'extirpation de l'utérus par le vagin. Et cela, bien que la muqueuse de l'utérus ne parut atteinte d'aucune transformation maligne. De plus, comme les deux ovaires étaient manifestement augmentés de volume, l'un ayant deux fois, l'autre ayant trois fois le volume normal, ils furent aussi enlevés. Les suites opératoires, après une intervention heureuse, furent simples et, actuellement, six mois environ après l'opération, la femme est en parfait état de santé.

A l'examen microscopique, fait après l'opération, l'utérus ne présenta aucune dégénérescence spéciale de la muqueuse, ses pa-

tra que la paroi du sac fœtal était composée de trois couches, séreuse, musculaire, caduque.

Obs. II. — *Grossesse tubaire, rupture du sac, le fœtus continue à se développer jusqu'à terme dans la cavité abdominale.* — Femme âgée de 33 ans, secondipare. Pendant les 5 premiers mois de cette seconde grossesse, hémorrhagies génitales, compliquées de douleurs et de vomissements. Puis, état de santé satisfaisant. Le 7 mars, vives douleurs dans le ventre et mort le 8 mars. A l'autopsie on trouva, libre dans la cavité abdominale, un fœtus à terme, dont les cheveux avaient pris, pour ainsi dire, racines dans l'épiploon. Près de l'utérus, et dans le ligament large du côté droit, il y avait une tumeur, adhérente à l'ovaire, et qui présentait une déchirure circulaire, de 9 c. environ de diamètre, à travers laquelle le cordon ombilical allait aboutir au placenta qui était inséré sur la face interne de la tumeur. On distinguait sur la face antérieure de la tumeur l'extrémité abdominale de la trompe. L'examen histologique ultérieur démontra que le sac fœtal, qui portait l'arrière-faix, était constitué aux dépens de la trompe, et que la portion prise, pendant l'examen nécropsique, pour l'extrémité abdominale de la trompe correspondait en réalité à l'orifice d'abouchement de l'isthme tubaire dans la partie ampullaire de la trompe transformée en sac fœtal.

D'après l'auteur, les seuls cas bien authentiques, dans lesquels les fœtus auraient continué à vivre et à se développer dans la cavité abdominale après rupture du sac fœtal, sont ceux de Patuna, Walther-Bidder, Bandl-Kundrat. (Cent. f. Gynäk., 1888, n° 2.)

---

**Deux cas de laparotomie pour grossesses extra-utérines.** (Zwei Fälle von laparotomie bei Extra-uterin Schwangerschaft. W. Strobach. — Cette thèse dans laquelle l'auteur prend en considération le traitement du sac fœtal et du placenta dans les opérations pour grossesses extra-utérines, a pour base deux laparotomies faites par Gusserow en semblables conditions et suivies de succès.

Dans les deux cas le diagnostic fut établi avant l'intervention. Dans le premier, il s'agissait d'une grossesse tubaire, compliquée de rupture de la trompe, et qui avait donné lieu à une hématocèle. Les caillots sanguins, au milieu desquels on trouva un fœtus ma-

on constate une hyperhémie intense d'autant plus manifeste que tous les vaisseaux sectionnés paraissent gorgés de sang. Jamais dans aucun processus inflammatoire de la matrice, nous n'avons trouvé une congestion aussi vive. Il y a eu certainement là formation nouvelle de vaisseaux d'où l'on voit le sang faire irruption dans les glandes voisines. Les troncs vasculaires sont presque accolés les uns aux autres et le tissu interstitiel, rare, qui existe encore est infiltré de sang.

Comme, au cours de l'opération, on n'a pas constaté que les artères utérines eussent un calibre excessif, il paraît suffisamment clair que cette fluxion intense de l'utérus est liée à la transformation caverneuse des ovaires, et prend sa source dans le vaste réservoir sanguin constitué par les ovaires. Il faut sans doute chercher les voies de dérivation dans les anastomoses qui existent entre les artères utérine et utéro-ovarique. Enfin, la connaissance du processus pathologique explique bien l'impuissance et l'échec complet des curettages multiples (17 !) qu'a subis la malade. Peut-être la ligature bilatérale des anastomoses des deux artères, pratiquée tout près du ligament ovarique et par la voie abdominale, pourrait-elle arrêter ses hémorrhagies sans qu'il fût nécessaire de rendre les femmes stériles par la castration. (Cent. f. Gynäk., n° 31, 1887.)

---

**Contribution à l'étude de la grossesse tubaire.** (Beiträge zur Lehre von der graviditas tubaria), CHIARI (Prag.). — Ce travail repose sur les deux observations suivantes.

OBS. I. — *Grossesse tubaire arrivée au 9e mois.* — Femme âgée de 37 ans, secondipare. Cette seconde grossesse évolua normalement jusqu'au 13 novembre, époque où la femme fit une chute qui fut suivie de douleurs, hémorrhagie et expulsion d'une caduque. La malade fut transportée à la Clinique alors qu'elle présentait déjà des symptômes de péritonite septique ; toute idée d'opération fut rejetée comme inutile. Mort le 19 novembre.

A l'autopsie on constata les lésions d'une péritonite septique et la présence d'environ 4 litres de sang. Le sac extra-utérin était en totalité recouvert par le péritoine; près du bord du placenta et sur sa face antérieure il laissait voir une déchirure. Le fœtus pesait 1500 grammes et mesurait 42 c. L'examen microscopique mon-

dante depuis 2 ans 1/2, écoulement presque hydrorrhéique. *Beaucoup de sucre dans les urines.*

3) Femme âgée de 42 ans; 5 accouchements et 1 avortement, depuis plusieurs mois, cessation des menstrues. Utérus petit, mobile, en rétroversion, atrophique; ovaires petits. *Urines sucrées.*

4) Femme âgée de 36 ans; 2 accouchements normaux; en janvier 1887, elle est opérée d'un rétrécissement du gros intestin d'origine syphilitique et soumise au traitement ioduré. Depuis plusieurs mois, cessation des règles. Utérus, petit, atrophié, mesurant à peine 5 cent. Ovaires non reconnaissables. La femme est atteinte de diabète insipide.

Quelle est la cause immédiate de l'aménorrhée, Cohn ne la connaît pas. Il pense toutefois que, comme dans la phtisie, elle peut être la conséquence des troubles de nutrition causés par la maladie générale. (Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk., Bd. XIV, Hft. I. u. Cent. f. Gynäk., 1888, n° 9.)

---

**Du traitement de l'avortement.** (Zur behandlung der Fehlgeburten), F. Dahlmann. — Ces considérations sont déduites de l'analyse de 130 cas que l'auteur a traités, lui-même. Il consacre quelques mots à la question de la prophylaxie de l'avortement. Quand les renseignement anamnestiques et le fait d'un ou plusieurs avortements antérieurs établissent d'une manière positive l'existence de la syphilis, il faut conseiller à la femme d'éloigner le plus possible les occasions de devenir enceinte, parce que, sans parler des avantages du traitement spécifique, le virus syphilitique s'atténue peu à peu, et souvent, au bout d'un certain temps, la femme arrive à mettre au monde des enfants vivants. L'observation de ce conseil, dans les autres cas d'avortement habituel, est aussi fréquemment suivi de succès.

Garder le repos au lit pendant toute la durée de la grossesse, ne pas se départir de la situation horizontale, sont là des précautions peu recommandables en raison de l'influence fâcheuse qu'elles ont sur la santé. Mais il importe beaucoup de garder le lit dans les moments qui correspondent aux époques menstruelles, car, malgré la grossesse, il se produit alors une fluxion plus ou moins intense dans les organes pelviens.

A la première menace d'avortement, la femme doit se mettre au

lit, pour 8 jours au moins, et prendre d'heure en heure, tant que persistent les symptômes alarmants, 5 gouttes de teinture opiacée.

Quand l'avortement est inévitable, l'œuf peut être intact ou déchiré.

Dans le premier cas, il faut appliquer le tampon qui sera composé de 6 à 8 bourdonnets de coton. Le tamponnement favorise l'expulsion en totalité de l'œuf.

Dans la deuxième éventualité, de beaucoup la plus fréquente malheureusement, l'œuf est déchiré, le fœtus dehors, le placenta et les membranes, en totalité ou partiellement retenus. Ici ni le tamponnement ni l'expectation ne sont de mise. Il faut extraire les parties ovulaires restées dans la matrice. L'indicateur, le médius suffisent pour accomplir la première partie de la besogne. On détache les plus grosses parties qu'on expulse ensuite au moyen du procédé de Hönig. Puis, avec la curette, on enlève les débris encore adhérents du placenta et des membranes. C'est là une précaution qu'il ne faut jamais négliger de prendre. Cela fait, on termine par l'application d'une certaine quantité de mixture iodoformée.

L'auteur ne fait précéder le curage de la matrice d'irrigations antiseptiques vaginales ou intra-utérines que lorsqu'il s'agit d'enlever des produits abortifs qui ont déjà subi un commencement de putréfaction. (Cent. f. Gynäk., II, 1888, n° 2.)

---

**Les rétrécissements du bassin exercent-ils une influence quelconque sur la détermination du sexe ?** (Hat das enge Becken E influss auf die Enstehung des Geschlechts ?), Dohrn. Le rapport des garçons aux filles, pour l'Allemagne, est 106/100. Or, Olshausen et après lui Linden, à la clinique de Marbourg, ont trouvé que, dans les bassins rétrécis, le rapport variait en faveur des garçons et oscillait entre 147/100 et 133/100

Dohrn a repris ces recherches qui ont porté sur 450 accouchements dans des bassins rétrécis, observés à la Clinique de Kénisberg, Or il y a eu 226 garçons et 224 filles ; la différence est donc insignifiante et le rapport est exprimé par la fraction 100/100,9.

De nouvelles recherches sont donc nécessaires, car celles-ci cadrent mal avec celles d'Olshausen et de Linden (Cent. f. Gynäk., 1888, n° 4).

---

**Du traitement de l'accouchement dans le cas d'occlusion complète du vagin.** (Ueber die Behandlung der Geburt bei vollstandigem

Verschluss der Vagina). KESSLER. — Le cas a été observé chez une femme âgée de 30 ans. Sur les antécédents, rien de précis, on sait seulement que la grossesse est à terme, le bassin normal, et l'enfant en présentation du sommet. Dans le vagin le doigt explorateur se trouve arrêté à 5 cent. environ de profondeur, par une bride cicatricielle, essentiellement transversale et large de 3 centim. Les parois du vagin attirées de toutes part par des cordons fibreux vers la bride cicatricielle, constituent une sorte de voûte. Par le toucher rectal on constate que la tête est dans l'excavation et que la petite fontanelle est dirigée à droite. Par le rectum, non plus que par le vagin, on ne distingue de portion vaginale. Bien que l'accouchement par les voies naturelles comporte un pronostic grave, comme en somme l'opération de Porro ne paraît pas devoir fournir des résultats plus satisfaisants, l'auteur donne la préférence à la 1re méthode d'intervention.

Le champ opératoire bien mis en vue au moyen de l'appareil de Simon, on saisit le diaphragme cicatriciel avec une pince à griffe et on le sectionne avec le bistouri. L'opérateur tâche alors de conduire sur la tête fœtale le doigt qui s'égare dans une cavité anfractueuse, limitée par des parois irrégulières, déchiquetées, traversée par des cordons fibreux et située à droite du rectum, à peu près au-dessous du ligament large droit. Dès le début de cette tentative d'exploration, il s'est échappé à travers l'orifice pratiqué dans le diaphragme vaginal, deux grandes cuillerées environ d'un liquide brun jaunâtre. En avant, l'opérateur parvient à insinuer son doigt dans la région intermédiaire à la vessie et au segment inférieur de l'utérus. Mais pour arriver sur la tête fœtale, il faut enlever à coup de ciseaux des tissus fibreux qu'il est impossible de détacher autrement. L'ouverture obtenue est ensuite agrandie, jusqu'à 3 centim. de diamètre, au moyen d'incisions radiées. On ne découvre aucun orifice utérin. Hémorrhagie insignifiante. Contractions énergiques. Le lendemain, l'état de la parturiente est le même. Mais il importe de terminer l'accouchement. On donne du chloroforme à la femme. Puis, les parois vaginales étant soigneusement écartées au moyen d'écarteurs vaginaux, on sectionne entre des ligatures les masses fibreuses ; la perte de sang est minime. Le canal vaginal permet maintenant l'introduction de toute la main. Perforation, crânioclasie, extraction relativement facile de l'enfant. Pas d'hémorrhagie *post partum*. Suites de couches

à peine troublées ; à partir du huitième jour, température normale.

Le 17e jour, la portion du vagin primitivement atrésiée s'est rétrécie au point qu'elle admet à peine un doigt ; en suivant la paroi vaginale antérieure on arrive sur l'orifice externe de la matrice ; il n'existe pas de cul-de-sac antérieur du vagin. Comme la femme ne veut accepter aucune opération plastique, on a recours à l'introduction de tiges de verre d'un volume progressivement croissant, afin de lui ménager un canal nécessaire à l'écoulement des produits de sécrétion utéro-vaginaux et du sang menstruel. Etat général de santé excellent. (Cent. f. Gynäk., n° 4, 1888.)

Dr R. Labusquière.

# BIBLIOGRAPHIE

**Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège**, par le Dr N. Charles, professeur d'accouchements et chirurgien-directeur de la Maternité. — 2 vol. Paris et Liège, 1887.

M. le Dr N. Charles vient de publier, en deux volumes de 500 pages chacun, le cours d'accouchement qu'il donne depuis 9 ans à la Maternité de Liège. L'ordre suivi par l'auteur « est à peu près celui qu'a suivi M. Tarnier ».

Le 1er volume comprend la « Partie physiologique, eutocie » ; le second, la « Partie pathologique, dystocie ».

Dans sa préface l'auteur nous donne quelques renseignements fort intéressants sur les origines de son ouvrage. Il a publié son cours dans le but d'être utile aux étudiants qui suivent ses leçons et ont de grandes difficultés à prendre des notes détaillées et exactes.

Toutefois « pour rendre son livre d'un usage plus général, pour qu'il puisse être consulté avec fruit par les praticiens aussi bien que par les étudiants, il a un peu étendu le cadre de son enseignement, il s'est inspiré des meilleurs auteurs belges et étrangers ; il a compulsé les manuels, les mémoires spéciaux, les thèses, les publications de la plupart des accoucheurs et de cette phalange de jeunes travailleurs qui, dans ces dernières années, ont enrichi la science obstétricale de leurs recherches patientes et fructueuses : Pinard, Doléris, Auvard, Budin, etc. ».

Mais si l'auteur a fait usage de tous ces précieux documents, il a

néanmoins, dit-il, soumis à un sérieux contrôle les opinions et les faits de ses devanciers. La méthode suivie par M. Charles pour écrire son livre, bien qu'elle n'ait rien d'absolument nouveau, mérite cependant d'être méditée par ceux qui voudraient ajouter un nouveau Traité d'accouchements à ceux que nous possédons déjà.

De ce travail de compilation raisonnée est résulté un résumé, parfois bien fait, qui pourra donner au lecteur français une idée nette de l'état actuel des connaissances obstétricales à Liège, résumé que l'auteur a pu, grâce à l'amabilité de son éditeur, orner de nombreuses figures, prises un peu partout, mais principalement dans l'ouvrage de M. Charpentier, et destinées à illustrer encore, j'en ai la ferme conviction, plus d'un traité d'accouchements.

H. VARNIER.

---

# VARIÉTÉS

Les *Annales de gynécologie* ont reçu :

**Quarante huit cas d'extirpation totale de l'utérus pour carcinomes, prolapsus complets, et névroses graves.** (Achtundvierzig total exstirpationen des Utérus wegen Carcinom, Totalprolaps und schwerer Neurosen), prof. LEOPOLD.

**Contribution à l'étude de l'amputation supra-vaginale du corps de l'utérus.** (Beitrag Zur supravaginalen Absetzung des Uteruskörpers), A. MARTIN.

**De la fréquence des tumeurs malignes de l'ovaire et de leur traitement chirurgical.** (Ueber die Häufigkeit der Malignen Ovarialtumoren und ihre operative Behandlung), LEOPOLD.

**Du tamponnement de l'utérus,** FRAIPONT.

**De l'emploi de la curette contre les hémorrhagies dues aux tumeurs fibreuses de l'utérus.** (The use of the Curette for the Relief of Hemorrhage, due to Uterine fibroïds), C. COE.

**De la signification et de la localisation des douleurs dans les affections pelviennes.** (The Significance and Localisation of Pain in pelvic diseases), COE.

*Le Gérant :* A. LEBLOND.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## KYSTES HYDATIQUES MULTIPLES

### COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT (1)

Par le Dr A. Pinard, agrégé de la Faculté de médecine, accoucheur de la Maternité de Lariboisière.

Messieurs,

Nous venons d'observer un cas de dystocie relativement assez rare, et qui s'est présenté à nous dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Pour ces raisons j'ai résolu de vous en entretenir aujourd'hui, en portant à votre connaissance tout d'abord l'observation complète, puis en essayant ensuite de faire ressortir les enseignements qu'elle comporte.

Le 21 mars à onze heures du soir, on apportait dans le service une jeune femme en travail depuis deux jours. Aucune intervention ne paraissant utile, on ne me fit pas prévenir, et je vis cette femme, pour la première fois le 22 mars à 9 heures du matin.

(1) Cette leçon est extraite des « Leçons de clinique obstétricale » de M. le Dr Pinard, en cours d'impression (Steinheil, éditeur).

Cette femme quoique fatiguée et en proie à des contractions utérines très douloureuses et fréquentes, répond avec intelligence à nos questions.

Elle nous raconte qu'elle est blanchisseuse, âgée de 21 ans, primipare, et nous affirme qu'elle n'a *jamais été malade*. Elle ne sait pas à quel âge elle a marché ; elle a été réglée pour la première fois à 13 ans et depuis très régulièrement. Mais ses règles ont toujours été douloureuses et elle expulsait à ce moment un certain nombre de caillots.

La dernière apparition des règles eut lieu du 12 au 18 juin.

Environ six semaines après cette époque, elle s'aperçut pour la *première fois*, de la présence d'une tumeur ayant le volume d'un œuf de poule, dans l'hypochondre droit.

Elle éprouva quelques jours après des troubles de la miction — rétention et dysurie — car elle était déjà obligée de faire de nombreux efforts et souvent de marcher pendant un certain temps dans sa chambre avant d'arriver à expulser une petite quantité d'urine.

Elle consulta à ce moment un médecin, qui lui fit prendre un purgatif parce qu'elle était en même temps constipée.

Cet état dura quelques jours, puis la tumeur disparut, dit-elle; elle reprit ses occupations, et n'éprouva plus rien d'anormal pendant la durée de sa grossesse, jusqu'au 10 mars. A ce moment elle perdit de l'eau et pendant 7 à 8 jours dut garnir son lit tellement l'écoulement était abondant.

Elle commença à ressentir les premières douleurs le 20 mars. Une sage-femme fut appelée, qui constata la présence d'une tumeur dans l'excavation, mais ne put déterminer la situation du col.

Aucune modification n'étant constatée dans la journée, un médecin fut demandé. Ce dernier, après examen, reconnut comme la sage-femme la présence d'une tumeur dans l'excavation, mais ne put pas davantage atteindre le col. Il donna le conseil de transporter cette femme à la Clinique d'accouchements.

A son arrivée ici, Mme Victor constata que cette femme avait des contractions très fréquentes, et qu'un liquide incolore assez abondant s'écoulait du vagin. Au toucher, elle rencontra une tumeur remplissant toute l'excavation.

Elle explora le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux sans rencontrer autre chose que les parois de la tumeur. Mais en avant elle parvint, en faisant glisser les doigts entre la tumeur et la symphyse, à atteindre l'orifice qui lui parut offrir une dilatation égale à une pièce d'un franc.

Les battements du cœur de l'enfant étant normaux, on se contenta de faire des injections vaginales antiseptiques et l'on attendit.

Tels sont, messieurs, les renseignements qui me furent fournis, par la parturiente elle-même, par la sage-femme qui l'assista tout d'abord et par Mme Victor ensuite.

Le 22 mars, à 9 heures du matin, en l'examinant à mon tour, je ne trouvai rien d'anormal dans la conformation du squelette si ce n'est une légère parenthèse entre les cuisses, et une brièveté assez notable du thorax.

L'abdomen paraissait régulièrement développé comme il l'est généralement chez une femme à terme. Je trouvai la paroi abdominale mince.

La percussion ne donna de sonorité que dans les deux flancs, tout à fait en arrière. Partout ailleurs la matité était absolue.

Le palper, rendu difficile par l'apparition de contractions fréquentes, me permit cependant de faire les constatations suivantes : en bas et à gauche, tumeur dure, régulière, siégeant en partie dans la fosse iliaque, en partie au niveau de l'aire du détroit supérieur, et débordant en avant la branche horizontale du pubis de 2 centim. environ. Au fond de l'utérus, je rencontrai une autre grosse extrémité à peu près sur la ligne médiane, accompagnée de petites parties.

Sous les fausses côtes à droite, je rencontrai une petite tumeur assez superficielle, paraissant faire corps avec l'utérus, et semblant durcir au moment de la contraction. Dans

l'hypochondre droit, je trouvai une deuxième tumeur de la grosseur d'un œuf, puis immédiatement au-dessous, une troisième tumeur présentant à peu près le même volume et les mêmes caractères.

En résumé, le palper me fit reconnaître que le pôle fœtal inférieur, occupant en partie la fosse iliaque gauche en partie l'aire du détroit supérieur, paraissait repoussé d'arrière en avant; que le pôle fœtal supérieur était presque caché sous l'appendice xiphoïde, que le plan résistant qui réunissait ces deux pôles était à gauche. De plus, la régularité et la consistance du pôle fœtal inférieur, et surtout la constatation du sillon du cou, me firent reconnaître que la tête était en bas.

Enfin à droite, et de haut en bas, il y avait des irrégularités, des reliefs, des tumeurs mais fournies et par l'organisme fœtal et par l'organisme maternel.

Je trouvai le foyer d'auscultation à gauche de la ligne médiane, au niveau de l'ombilic. Les pulsations fœtales étaient bien frappées et présentaient leur rythme normal.

En faisant légèrement écarter les jambes pour pratiquer le toucher, je constatai l'écoulement par la vulve d'un liquide épais, verdâtre et déjà fétide. L'enfant commençait à expulser son méconium.

Mon doigt, introduit dans le vagin, arriva directement sur une tumeur s'étendant depuis le plancher pelvien jusques et au-dessus du détroit supérieur. Il me fut impossible par le toucher de la délimiter supérieurement.

Cette tumeur partout régulière, donnait au doigt la sensation de rénitence. Il ne me fut pas possible de percevoir la sensation de fluctuation.

Sa consistance paraissait augmenter au moment de la contraction. En portant mes doigts bien à plat derrière et au-dessus de la symphyse du pubis, je rencontrai l'orifice dont les bords étaient souples, minces, et présentaient une dilatation elliptique à grand axe dirigé transversalement, que je ne pus mieux comparer qu'à un orifice buccal. Cette fente

mesurait 4 à 5 centim. de longueur, tandis que ses deux lèvres étaient presque au contact.

En écartant ces lèvres, mon doigt arrivait directement sur la tête.

Le toucher rectal me donna peu de renseignements, car s'il me fit voir que la tumeur se trouvait en avant du rectum, il ne me permit de reconnaître aucun point d'implantation.

Après avoir ainsi pratiqué le toucher digital, je pratiquai le toucher manuel. Ma main introduite dans le vagin ne me donna pas d'autres résultats au point de vue de l'exploration que ceux qui m'avaient été fournis par le doigt; de plus, en prenant à pleine main la tumeur, il me fut impossible de lui imprimer un seul mouvement soit de latéralité, soit de bas en haut. La tumeur paraissait immobile et ne pouvait être déplacée. Ainsi *je me trouvais en face d'une femme primipare ayant une rupture prématurée des membranes, à terme, en travail depuis deux jours, chez laquelle l'enfant était vivant, se présentant par la tête, mais ne pouvait pénétrer dans l'excavation par suite de la présence d'une tumeur oblitérant le canal pelvien.*

Quelle conduite devais-je tenir ?

Vous vous rappelez, Messieurs, que je vous réunis dans l'amphithéâtre immédiatement après mon examen, pour résoudre cette question. Je vous donnai les raisons pour lesquelles à mon avis, l'expectation plus prolongée devait être rejetée, ne pouvant que devenir préjudiciable à la mère et à l'enfant. En effet, chez une femme en travail depuis deux jours, ayant une tumeur remplissant l'excavation, *l'enfant se présentant par le sommet*, il y a peu d'espoir de voir à un moment la tumeur se déplacer spontanément, c'est-à-dire sous l'influence seule des contractions. Dans notre cas la tumeur me paraissait immobile, j'avais essayé inutilement des tentatives de réduction ; l'enfant était vivant, mais rendait depuis quelques heures son méconium, donc il souffrait; et, pour toutes ces raisons, je pensai qu'une intervention était nécessaire, indiquée et urgente.

par M. Charcot dans son Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin, dans lesquels des kystes multiples avaient évolué longtemps sans troubler la santé, et dans lesquels aussi le frémissement n'avait pu être perçu.

Enfin je ne fis que vous rappeler les *kystes du vagin* pour les éliminer de suite, et ne vous dis que quelques mots des *kystes dermoïdes* et inclusions fœtales, auxquels je ne me rattachai pas davantage, sans toutefois les rejeter d'une façon absolue.

Et je terminais en vous disant : malgré les raisons qui semblent militer en faveur d'une tumeur fibreuse, je pense qu'il est prudent, qu'il est sage, qu'il est nécessaire, de faire d'abord une ponction exploratrice dans cette tumeur et avec un gros trocart. Si le contenu de la tumeur est liquide ou demi-solide, nous verrons la tumeur s'affaisser, diminuer, peut-être disparaître, et l'accouchement s'effectuera alors probablement spontanément. Si au contraire, la ponction nous fait voir que la tumeur est solide, je pratiquerai l'opération césarienne.

Quittant l'amphithéâtre, nous retournâmes de suite à la salle d'accouchement ; la femme fut endormie, placée dans la situation obstétricale, et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, un gros trocart ayant été flambé, je pratiquai une ponction de la tumeur, et nous vîmes s'écouler par la canule un liquide clair légèrement visqueux qui, examiné de suite, contenait des crochets d'échinocoques.

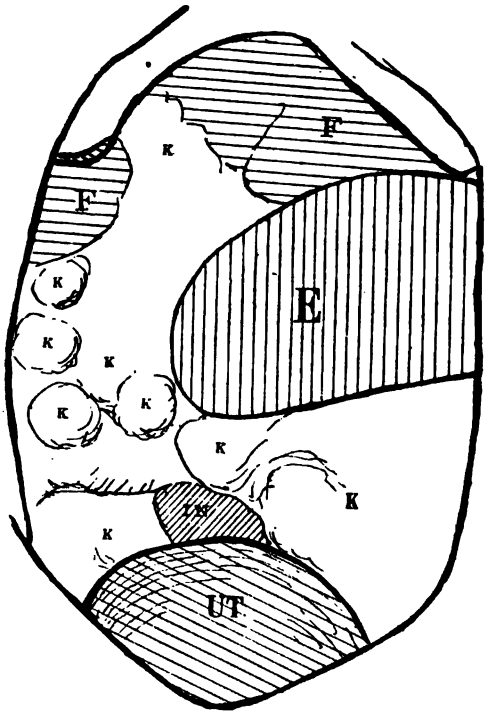
Nous avions donc à faire à un kyste hydatique.

Il s'écoula un litre et demi de liquide ; au fur et à mesure que la tumeur s'affaissait, la tête s'engageait en OIGA, et l'accouchement se termina spontanément, une demi-heure après la ponction. L'enfant était vivant, bien constitué, du poids de 2800.

La délivrance fut normale.

Il fut alors possible de voir que les tumeurs qui étaient dans la cavité abdominale, n'étaient nullement adhérentes à l'utérus, mais flottaient librement dans le ventre. La pau-

gauches sont sains ; l'ovaire droit est confondu avec la poche




*Kystes hydatiques multiples de l'abdomen* (Figure schématique).
F, Foie.— E, Estomac.— IN, Colon transverse.—UT, Utérus.— K,K,K, Kystes.

kystique qui est située dans le cul-de-sac postérieur ; la trompe correspondante est saine.

*Topographie des kystes.*

*A droite.* — Le kyste qui est dans la fosse iliaque droite est uni à la face profonde de la paroi abdominale par des adhérences lamelleuses et vasculaires qui lui forment une sorte de méso large de 6 centim. et long de 3 centim. environ. Il est libre dans tout le reste de son étendue, sauf au niveau de son pôle supérieur rattaché par des adhérences vasculaires mesurant 12 centim. à l'épiploon et à la grappe

des kystes au nombre de 9 qui semble naître de la face antérieure du foie.

La portion d'intestin qu'on voit dans l'aquarelle ci jointe (faite au moment même de l'ouverture de l'abdomen) entre le gros kyste de gauche et le petit kyste de droite est le côlon transverse, et l'épiploon qui en part paraît renfermer dans son intérieur, comme dans une sorte de filet, les kystes du flanc droit. La grappe kystique est toute intra-épiploïque, c'est-à-dire qu'on soulève tous les kystes en soulevant l'épiploon au-dessous duquel on trouve l'intestin.

Dans le flanc droit sont encore deux autres kystes erratiques faisant partie de la grappe et qui ne sont pas dans le dessin.

*A gauche.* — Le gros kyste du flanc gauche a contracté également des adhérences avec la paroi abdominale et l'S iliaque. Il est libre dans tout le reste de son étendue sauf au niveau de son pôle supérieur. De ce pôle part un véritable pédicule tenant à l'épiploon, de telle sorte qu'en détachant les adhérences avec la paroi de l'S iliaque on peut sortir le kyste du flanc gauche et le mettre sur la table ; il n'est plus retenu alors que par son pédicule épiploïque.

Quand on a détaché le kyste du flanc droit en coupant ses adhérences, on peut relever la grappe du côté de l'estomac et découvrir la face inférieure du lobe droit du foie occupé par un énorme kyste du volume d'une tête d'enfant nouveau-né. On aperçoit encore la vésicule biliaire qui est remplie, distendue. Le kyste du foie est peu apparent à la surface.

*Dans la fosse lombaire droite*, au-dessus du bord supérieur du rein, se trouve un kyste du volume d'une pomme, rattaché au foie par des adhérences lamelleuses et vasculaires. Le lobe gauche du foie se laisse facilement soulever et paraît sain.

Le rectum passe à gauche du promontoire.

Quand on a renversé l'utérus en avant on trouve dans le cul-de-sac postérieur, surtout à droite, envoyant toutefois un léger prolongement à gauche, une poche kystique, flas-

que qui paraît renfermée dans l'intérieur du ligament large. C'est cette poche qui constituait la tumeur remplissant l'excavation, et que j'ai dû ponctionner pour terminer l'accouchement.

En l'incisant, on trouve dans son intérieur un peu de pus et des vésicules entières ou en lambeaux de dimensions variables ; l'une d'elles est énorme, du volume d'une orange aplatie. La paroi interne de la poche est épaisse et dans aucun point nous n'avons pu constater la présence de l'ovaire qui est confondu avec les parois de la poche.

Quelques-uns de ces kystes, comme vous pouvez le constater vous mêmes et comme il sera toujours possible de le voir sur la pièce conservée, ont une paroi incrustée par places de sels calcaires qui donnent au doigt une sensation analogue à celle que donnent certains fibromes calcifiés.

Messieurs, je ne vous ai fait grâce d'aucun détail concernant cette observation, parce que je crois qu'ils comportent tous quelque chose d'instructif. J'ai essayé de vous le démontrer, chemin faisant je n'y reviendrai pas.

Au point de vue clinique, vous avez pu voir les difficultés du diagnostic ; et si nous avons eu l'occasion de constater une fois de plus, ce qui est commun, que des kystes hydatiques multiples peuvent évoluer et devenir volumineux, sans altérer la santé, sans même attirer l'attention de celui qui les porte, il faut bien reconnaître que nous avons eu à établir un diagnostic dans des conditions particulièrement difficiles et telles que je n'en ai pas rencontré de semblables, dans les observations déjà nombreuses et publiées sur le même sujet depuis celle de Park jusqu'à nos jours.

Vous n'oublierez pas combien j'ai eu à me louer d'avoir, quand même, et alors que tout militait en faveur de l'existence d'une tumeur solide, pratiqué une ponction exploratrice.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette observation est remarquable par le nombre et le volume des kystes hydatiques. De plus, leur disposition dans l'abdomen, leurs

rapports avec l'épiploon et surtout le foie, semblent devoir étayer la théorie de Hunter.

Je n'ai pas l'intention de discuter ce point, ni de prendre parti pour ou contre cette théorie, mais en considérant le kyste énorme du foie, sa saillie en avant, la disposition des autres kystes, leurs relations épiploïques et vasculaires, l'hypothèse de l'existence d'un kyste primitif du foie, semant dans la cavité abdominale des cellules filles, devient tout au moins vraisemblable.

---

# DU DRAINAGE CAPILLAIRE
## ET DU TAMPONNEMENT ANTISEPTIQUE DU PÉRITOINE
### A L'AIDE DE LA GAZE IODOFORMÉE

Par M. le Dr S. Pozzi, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal. (1)

## I

La question des indications du drainage péritonéal après les opérations graves pratiquées dans sa cavité, est loin d'être résolue. Tandis que quelques opérateurs comme Lawson Tait, Sims, Nussbaum, Bardenheuer, Martin, en usent très largement, la plupart des laparotomistes le réservent pour des cas exceptionnels. On peut ranger sous trois chefs les principales indications qui ont été données pour le drainage :

1° Le suintement abondant du sang redouté après la fermeture du ventre.

2° L'existence dans la cavité péritonéale d'une surface septique susceptible de fournir des liquides, dont la résorption serait nuisible.

3° La large déchirure du péritoine agissant comme double facteur : a) source de suintement persistant ; b) entrave au pouvoir normal de résorption.

La première indication, isolée, est rarement suffisante.

---

(1) Mémoire présenté à la *Société de chirurgie* de Paris.

En effet, d'une part en l'absence de larges déclolements du péritoine il est toujours possible de se rendre maître d'une hémorrhagie par la ligature, les lavages à l'eau chaude et la cautérisation au thermo-cautère. D'autre part, si la séreuse est à peu près intacte, le sang sera très vite résorbé ainsi que le prouvent les expériences déjà anciennes de Gluge et Thiernesse (1848) et les observations récentes de transfusion intra-péritonéale chez l'homme (1).

Le suintement sanguin n'est donc une véritable indication que lorsqu'il coïncide avec une large déchirure ou érosion de la séreuse du petit bassin ; alors en effet on ne peut plus compter sur une résorption prompte et complète, et l'on doit craindre la stagnation et la décomposition du sang épanché dans les dépressions et les anfractuosités, notamment dans le cul-de-sac de Douglas qui, dépouillé de sa surface absorbante, est devenu un véritable clapier (espace mort, *todter Raum* de Mikulicz).

Le danger d'infection est encore bien plus grand lorsque, au lieu d'un suintement de sang, on a à craindre l'épanchement de matière ichoreuse, purulente ou septique. Tels sont les faits où il existe au moment de l'opération des lésions de pelvi-péritonite (Obs. VIII de Mikulicz (2) ; ou encore ceux dans lesquels l'opérateur est forcé d'abandonner dans le ventre un lambeau de kyste ou de paroi d'abcès simplement gratté et cautérisé, parce qu'il adhère à des organes dont la blessure serait redoutable (Obs. III, *ibidem*); enfin les cas où une perforation irrémédiable ou imminente d'un des organes creux de l'abdomen crée un danger certain ou probable d'effusion de matière fécale ou d'urine (Obs. III, *ibidem*; Obs. III, personnelle).

Dans les faits de cette seconde catégorie il n'y a pas seu-

(1) Edler. Die traum. Verletzungen der parenchym Unterleibsorgane. *Archiv f. Klin. Chirurg.*, 1886, p. 198.

(2) Mikulicz. Ueber die Ausschaltung todter Raume aus der Peritonealhöhle, etc., in *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, p. 187 et suiv. Berlin, 1886.

ement nécessité de drainage ; il faut encore, par un artifice opératoire, s'efforcer de limiter le champ d'invasion des matériaux septiques, favoriser, provoquer même la formation d'une inflammation protectrice sur les limites de la région condamnée à être infectée, de manière à faire pour ainsi dire *la part du feu*, et à empêcher l'incendie septique de s'étendre hors d'un espace restreint où il sera facile de s'en rendre maître et de l'éteindre progressivement. C'est à cette seconde indication que répond admirablement le *tamponnement antiseptique*.

## II. — DU DRAINAGE CAPILLAIRE DU PÉRITOINE

Je crois devoir le répéter pour qu'il n'y ait pas d'équivoque : le drainage après les laparotomies en général, et surtout après l'ovariotomie, doit constituer une très grande exception (1). Il ne saurait en être question dans les cas simples ; mais j'ai esquissé plus haut les principales complications qui peuvent le rendre nécessaire.

L'immense majorité des chirurgiens emploient comme instrument de drainage le *drain* : soit le tube en caoutchouc de Chassaignac, soit le tube de verre de Kœberlé, soit le tube en gomme durcie de Sims. Il est placé ou dans la plaie abdominale vers son angle inférieur, ou dans le vagin, par le cul-de-sac de Douglas. Je ne m'étendrai pas sur quelques procédés plus ingénieux que recommandables, tels que le filet de catgut de Bardenheuer destinés à isoler le cul-de-sac recto-vaginal, etc.

Du reste, tous les procédés malgré leur diversité ont ceci de commun : c'est qu'ils ne mettent à profit pour l'évacuation des liquides que la *vis à tergo* sollicitée à la fois par la pesanteur, par la compression externe et par la pression intra-abdominale.

Lawson Tait l'un des premiers comprit si bien l'insuffi-

(1) SPENCER WELLS. *International medical Congress*. Londres, 1881. — SCHROEDER, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1882, n° 16.

sance de cette force, qu'il y joignit la *vis à fronte*, l'aspiration pratiquée par le tube toutes les 3 heures. Mais la première idée d'utiliser constamment une force aspiratrice naturelle pour le drainage appartient à Hegar. La mention de ce procédé a été faite d'abord par Kehrer (1), mais il a été exposé plus tard en détail par Wiedow (2). Hegar se servait à ce moment de tubes de verre ou de gomme durcie, de 3 à 5 centim. de large sur 18 centim. de longueur, qu'il introduisait soit par la plaie abdominale soit par le vagin dans le cul-de-sac de Douglas ; il les remplissait dans ces premiers essais de ouate phéniquée à laquelle il substitua plus tard la gaze iodoformée. Cette substance absorbante était destinée par sa capillarité à pomper pour ainsi dire les liquides sécrétés. On la renouvelait le 1er jour toutes les heures plus tard toutes les 2 heures et enfin toutes les 4 heures. Hegar a, depuis un certain temps, abandonné ce *spéculum abdominal* pour s'en tenir à la gaze iodoformée introduite directement dans le péritoine.

C'est Kehrer (3) qui bientôt après a formulé d'une façon nette et précise les avantages de la capillarité appliquée au drainage péritonéal. Il proposa l'emploi de mèches de coton, de la grosseur du petit doigt, analogues à celles qui servent pour les lampes à alcool, mèches désinfectées par la cuisson dans la solution phéniquée à 5 0/0. (Plus tard de nombreux opérateurs adoptèrent la mèche rendue antiseptique par l'éther iodoformé.) Kehrer employa ce mode de drainage en le combinant avec l'emploi d'un tube de caoutchouc dans un cas d'énucléation de kyste intra-ligamenteux. Une triple mèche fut placée dans le ventre, un des chefs dans le cul-de-sac de Douglas, les deux autres latéralement; les extrémités libres, reliées à un tube de 1 centim. de calibre et de 6 cent.

(1) F. A. Kehrer. Kapillardrainage der Bauchhöhle in *Centralblatt, f. Gynæk.*, 21 janvier 1882, p. 36.

(2) W. Wiedow. Die Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspeculum *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 39, 1884.

(3) Kehrer. *Loc. cit.*

de long, ressortaient par la partie inférieure de la plaie abdominale et plongeaient dans un pansement de Lister. On retira mèches et tube au bout de 22 heures ; guérison. Kehrer propose dans le même travail de se servir pour introduire et changer la mèche intra-péritonéale d'une double canule analogue à celle de la trachéotomie.

Depuis le mémoire de Kehrer l'usage des mèches antiseptiques, phéniquées ou iodoformées, s'est beaucoup répandu en Allemagne soit pour la gynécologie soit pour la chirurgie générale. Breisky s'en est servi pour faire le drainage dans l'extirpation totale par le vagin de l'utérus cancéreux. Billroth, après les avoir longtemps employées à divers usages, m'a paru (dans un dernier voyage que j'ai fait à Vienne l'an dernier) les avoir abandonnées pour s'en tenir aux lanières de gaze iodoformée. Pourtant les mèches semblent avoir repris récemment une faveur toute nouvelle. Gersung (1) proclame leur supériorité absorbante sur la gaze, et Chrobak (2) s'est efforcé de la démontrer par des expériences comparatives ; il les a employées pour le drainage après l'ovariotomie et l'hystérectomie sus-vaginale.

Toutefois nous voyons des opérateurs de la valeur de Hegar, Mikulicz, etc., déclarer que le pouvoir absorbant de la gaze est parfaitement suffisant : de plus il y a tout intérêt à ne pas compliquer sans utilité évidente le matériel des objets de pansement.

Les indications du *drainage capillaire* simple du péritoine, indépendamment de sa combinaison avec le *tamponnement*, sont, je crois, très limitées. Je ne l'emploie, pour ma part, qu'après l'hystérectomie vaginale. Au lieu d'introduire un ou deux tubes dans l'ouverture du péritoine, ou de la laisser béante, comme font beaucoup de chirurgiens, je préfère, après l'avoir un peu réduite par deux points de suture latéraux, y enfoncer à une profondeur d'un pouce environ une large lanière de gaze iodoformée doublée à son extrémité

(1) Gersung. *Centralbl. f. Chirurg.*, n° 31, 1887.
(2) Chrobak. *Centralbl. f. Gynækol.*, n° 1. 1888.

supérieure, et dont les deux chefs sont ensuite pelotonnés dans le vagin et rendus reconnaissables en y nouant un fil. Au bout d'un temps variable selon l'abondance du suintement, on renouvelle les autres lanières de gaze iodoformée qui complètent le pansement intra-vaginal, laissant en place la lanière placée dans le cul-de-sac de Douglas qui fait l'office de drain. Ce n'est qu'au bout de 6 à 8 jours que cette dernière est enlevée.

## III

### DU TAMPONNEMENT ANTISEPTIQUE DU PÉRITOINE

Certes c'est une idée hardie que de bourrer une partie de la cavité péritonéale avec des tentes antiseptiques de façon a isoler du reste de la séreuse la portion tamponnée, dans les premières heures par le rempart seul que forme l'agent du tamponnement, bientôt après par les adhérences limitatrices qu'il provoque à sa périphérie. Cette audace a certainement été inspirée par les heureux effets du tamponnement des plaies substitué au drainage, selon les procédés de Kocher et de Bergmann (1). Puis est venue l'application de ce procédé, en gynécologie, à l'ouverture de certaines suppurations du petit bassin, par Hegar (2). Enfin le tamponnement proprement dit du péritoine a été préconisé par Mikulicz (3). Il a été employé en Allemagne et en Amérique (4) mais je n'ai trouvé aucune observation de ce genre en Angleterre, et je crois pouvoir être certain de l'avoir appliqué le premier en France.

Je décrirai brièvement la technique de ce procédé avant

(1) F. Bramann. Ueber Wundbehandlung mit Iodoformtamponnade (*in. Archiv f. Klin. Chir.* Bd. XXXVI, p. 72.)

(2) Wiedow. Operat. Behand. der genital Tuberc., *in Centralbl. fur Gynæk.*, Septembre 1885.

(3) Mikulicz. *Loc. cit.*

(4) Christian Fenger. The operative treatment of retroperitoneal cysts in connection with Mikulicz's method of drainage, *in The americ. Journ. of Obstetrics*, p. 763, juillet 1887.

de résumer les observations qui montreront, plus que de longs développements, quels sont les services qu'il est appelé à rendre :

*Technique.* — Mikulicz conseille de placer d'abord au fond de la cavité qu'on désire tamponner une sorte de bourse faite en y enfonçant un morceau de gaze iodoformée à 20 0/0. On a pris soin de fixer, au milieu de cette pièce de gaze, un double fil de soie antiseptique qui doit aider plus tard à la retirer plus facilement. Ces fils sortent à l'extérieur par l'ouverture de la bourse quand elle est en place; pour ne pas perdre de temps on peut la confectionner avant l'opération et la conserver dans l'eau phéniquée à 5 0/0.

Une fois la bourse placée, on y introduit 2 à 5 longues lanières de gaze iodoformée qu'on y tasse de manière à l'appliquer sur toute la surface de la cavité. Leur extrémité supérieure dépasse le col de la bourse et sort avec lui par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale.

On peut parfois simplifier encore ce procédé, et se borner à enfoncer directement dans la profondeur de la cavité les lanières de gaze.

Une bonne précaution consiste à introduire en même temps un gros drain, qui sert pour ainsi dire de centre au tamponnement et qui met à l'abri de toute rétention de liquide épais au-dessous de lui.

Je recommande aussi de n'employer que de la gaze iodoformée débarrassée de tout excès d'iodoforme pulvérulent par le battage. J'ai en effet observé une fois les signes d'intoxication iodoformique légère et Mikulicz l'a notée également dans une de ses observations. Enfin, il est utile de pouvoir distinguer par une marque spéciale, comme un fil coloré par exemple, les diverses bandes de gaze pour savoir dans quel ordre on doit les retirer.

Combien de temps doit-on laisser en place le tamponnement? Mikulicz recommande de ne retirer les bandelettes intérieures qu'après 48 heures et de n'enlever le sac lui-même que 2 ou 3 jours plus tard. Il est facile de procéder sans dif-

ficulté à l'enlèvement des bandes de gaze si on a suivi ma recommandation de faire une marque distinctive permettant de retirer d'abord les plus superficielles, puis les plus profondes, sans cela on s'expose à des tiraillements fâcheux. Si le tamponnement *interne* doit être respecté un temps assez long pour qu'une péritonite plastique aseptique ait eu le temps de se former autour de lui et de le circonscrire, il va sans dire qu'on devra changer le pansement *extérieur* aussi souvent qu'il sera nécessaire, c'est-à-dire environ trois fois par jour. Il s'imbibe en effet très rapidement de la sérosité sanguinolente que sécrète le fond de la plaie et que lui transmet le *tampon*, par drainage capillaire.

Il est impossible de donner des règles absolues pour les cas qui réclament le tamponnement, pas plus qu'on ne peut le faire pour le drainage. Une grande part est laissée au tact de l'opérateur. Le tamponnement doit être assurément un moyen d'exception, une *ultima ratio*, soit contre l'hémorrhagie en nappe (*tamponnement hémostatique*), soit contre une menace d'infection (*tamponnement antiseptique protecteur*). Dans ce dernier cas, deux circonstances différentes peuvent alors se présenter.

a. L'infection d'une partie de la plaie existe, au moment de l'opération, par suite de l'effusion de pus, de matière septique ou grâce à la présence d'une portion de tissu infecté qu'il serait dangereux d'enlever.

b. L'infection est à redouter, après l'occlusion de la plaie abdominale, par déhiscence d'une suture faite dans des conditions mauvaises, par perforation d'un organe compromis avant ou pendant l'opération (intestin, vessie).

J'établis ces divisions pour les observations qui suivent :

### TAMPONNEMENT HÉMOSTATIQUE

Obs. I. — *Kyste intraligamenteux. — Décortication laborieuse. large déchirure du péritoine. — Salpingotomie double.*

Ber... (Adèle), 47 ans, un enfant. Malade depuis 4 ans ; le ventre augmente depuis quelques mois, douleurs vives, métrorrhagies

incessantes. On a diagnostiqué ailleurs un corps fibreux avec pelvi-péritonite. Opération le 1er juillet 1887, kyste intraligamenteux droit de la grosseur de la tête. La trompe est étalée en écharpe, à sa surface considérablement hypertrophiée. La trompe du côté opposé est épaisse, rouge, manifestement malade. Elle est enlevée ainsi que l'ovaire correspondant. Ponction et décortication laborieuse du kyste très adhérent. On doit enlever une grande partie de son revêtement péritonéal. Il était adhérent en arrière au cul-de-sac de Douglas. Malgré de nombreuses ligatures, suintement sanguin abondant qu'on arrête par le lavage à l'eau chaude. L'hémorrhagie se fait en nappe par plusieurs points profonds. Vu ce suintement persistant et la large déchirure du péritoine qui fait redouter une résorption difficile, le chirurgien procède au tamponnement. Quatre larges lanières de gaze iodoformée sont introduites directement sur les surfaces saignantes au fond du bassin. Leurs chefs sortent par la partie inférieure de la plaie abdominale qui est réunie au dessus par 3 plans de suture. Suintement sanguinolent dans le pansement extérieur. On retire le 4e jour une première bandelette, le 5e une seconde, le 6e le reste de la gaze iodoformée et on met à la place un tube. Un peu de céphalalgie et d'anorexie font soupçonner un léger degré d'absorption iodoformique que confirme l'examen de l'urine. On substitue au 1er mode de pansement de la gaze phéniquée. L'orifice reste longtemps fistuleux et ne se ferme qu'après qu'on a successivement enlevé, avec les pinces et la curette, plusieurs fils de soie phéniquée qui sont venus se rassembler au fond du trajet laissé par la gaze.

La malade se portait parfaitement bien un mois après son opération, avait repris bonne mine et se levait. Mais ce trajet fistuleux ne fut guéri que trois mois plus tard, en novembre. Elle a été revue depuis peu, en parfaite santé.

### TAMPONNEMENT HÉMOSTATIQUE ET PROTECTEUR

Obs. II. — *Kyste papillaire suppuré intraligamenteux. — Décortication pénible. — Suintement sanguin persistant.*

Char. Delphin, 32 ans, malade depuis 2 ans. Douleurs dans les reins. Augmentation de volume du ventre. En août 1887 crise douloureuse aiguë; opération, 28 octobre 1887. Kyste intraligamenteux du volume de la tête, la ponction retire environ un litre de liquide

l'exploration de l'utérus ; le diagnostic est facile, l'index, introduit dans l'utérus, abaissé s'il le faut, pourra se promener dans la cavité, et ne tardera pas à rencontrer le corps du délit; s'il est détaché, le doigt ou une pince en fera l'extraction.

Pour cette opération, je recommande particulièrement la pince d'Hickinbotham, dont les cuillers s'appliquent l'une sur l'autre par toute leur surface, la convexité de l'une s'emboîtant dans la concavité de l'autre, au lieu de se toucher seulement par le bord de leur ovale, comme elles le font dans la pince à faux germe, ce qui leur donne prise sur une large surface.

De plus, les branches, parallèles, ne croisent pas.

On évite ainsi de pincer la muqueuse vaginale ou le col en fermant l'instrument. Enfin, les branches, aisément séparables, peuvent être introduites l'une après l'autre ; elles s'articulent au niveau de la partie que l'opérateur tient dans la main (1).

Les restes ovulaires étant extraits, la malade rentre dans les conditions d'une accouchée, son état n'exige aucun traitement spécial.

Mais, le plus souvent, le délivre est adhérent, et ne peut être détaché et extrait que par fragments. Il est de même des débris, que l'injection ne pourra détacher et entraîner au dehors. La malade est exposée à l'hémorrhagie par les fragments adhérents, et à la septicémie par les fragments partiellement détachés. C'est pour ces cas qu'on recommande le raclage avec la curette, ou l'*écouvillonnage* (Doléris), précédés et suivis d'injections antiseptiques, procédés excellents, mais qui exigent une grande habitude que chacun ne possède pas.

Je suis bien loin de blâmer leur emploi ; mais les plus habiles laissent des débris — 18 fois sur 45, Reihlen (*Arch. f.*

---

(1) Lüer a fait une de ces pinces sur mes indications, avec une légère modification dans l'articulation. Il en a sans doute conservé le modèle.

*Gyn.*, XXXI 1), débris d'autant plus dangereux qu'ils sont plus nombreux et plus petits, parce que moins ils ont de volume, plus ils présentent relativement de surface au contact de l'air, qui va y développer la putréfaction, et moins l'utérus a de prise sur eux pour les expulser.

Le reproche que je fais à la curette, c'est, non point la chance de perforer l'utérus — cet accident est rare — mais la *fragmentation des débris*, et la nécessité de son emploi réitéré.

L'écouvillon, moins dangereux, doit détacher moins complètement les débris adhérents. Je crois qu'il ne faut avoir recours aux instruments que lorsqu'on y est obligé par des symptômes urgents. Le principe fondamental de l'obstétrique est de ne pas intervenir indiscrètement. Si nous sommes certains de pouvoir enlever, en une fois, tous les débris, il n'est pas douteux qu'il faut le faire sans tarder, afin de ne pas prolonger la période dangereuse.

Mais, pour peu que le placenta ou les membranes soient adhérents, nous les déchirerons infailliblement, dans nos tentatives de détachement et d'extraction, et nous en abandonnerons des débris partiellement adhérents. Cela m'est arrivé, comme à chacun, lorsque j'étais trop pressé de terminer, c'est-à-dire à mes débuts. N'oublions pas que Moreau estimait la patience au-dessus de tout; « un opérateur pressé est un opérateur dangereux », a dit Guéniot (*Ann. de gyn.*, 1875, II, p. 415).

Tachons autant qu'il se peut d'obtenir l'expulsion en bloc, ce que je me permettrai d'appeler l'*avortement normal*.

Pour être certain de tout enlever, il faut être certain que tout est détaché, et nous avons dans la quinine un précieux agent utéro-moteur. A dose élevée, il ne manque pas de causer de puissantes contractions dans l'utérus, et de détacher les restes ovulaires.

Grâce à ce médicament j'ai obtenu, en 1876, le détachement et l'expulsion d'un fragment placentaire parfaitement frais et vivant, qui avait séjourné 109 jours dans l'utérus, et

dont la présence occasionnait d'abondantes hémorrhagies (*Annales de gyn.*, 1876, t. II, p. 248).

Si j'avais été le chercher avec la pince, la curette, il aurait sans doute résisté à l'écouvillon, je l'aurais très probablement morcelé, et j'en aurais laissé des débris partiellement adhérents, qui se seraient putréfiés.

La présence d'un débris placentaire entièrement adhérent, c'est-à-dire *vivant*, dans l'utérus, ne fait courir à la malade qu'un danger, celui de l'hémorrhagie, que la quinine combattra efficacement. Le grattage, encore une fois, risque de ne pas tout enlever, et de séparer partiellement d'avec la paroi utérine, les débris qui sont parfois tellement *fondus* avec les tissus sous-jacents, que Ramsbotham (*Obst. Med. and Surgery*, 5e éd., p. 447) a plus d'une fois, dans une coupe longitudinale de l'utérus, été incapable de déterminer la ligne de démarcation du placenta et de l'utérus. Quelques pages plus loin, Ramsbotham remarque, avec justesse, qu'un gros fragment demeuré dans l'utérus fait courir moins de risques à la malade, qu'un petit débris (p. 691).

Ce sont sans doute ces raisons qui font qu'un grand nombre d'accoucheurs font de l'expectation et ne réussissent pas plus mal que les interventionnistes.

Frénoff, pour n'en citer qu'un, en ce moment (*Revue des maladies des femmes*, 1888, p. 40), recommande de ne pas s'acharner à décoller le délivre.

Le tampon vaginal aussi pourra être utile, en s'opposant à l'issue du sang, qui, trouvant une barrière infranchissable, s'accumulera dans l'utérus, et y excitera une contraction puissante.

Il est sans doute inutile de dire que le tampon devra être appliqué avec les précautions antiseptiques, et que je ne recommande point son emploi après l'accouchement à terme.

Le tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée indiqué par Auvard (*Soc. obst. de Paris*, 10 nov. 1887), par Fraipont (*Soc. méd. de Liège*), par Dührssen (*Centralblatt f.*

*Gyn.*, 1887, 55), me paraît devoir être fort utile et ne pas présenter de danger ; mais je n'ai pas eu l'occasion de l'appliquer dans ce cas.

Les débris placentaires ne deviennent dangereux, comme cause de septicémie que lorsqu'ils cessent de vivre ; car alors seulement ils se putréfient. Tant qu'ils sont fortement adhérents à l'utérus, ils sont comme le gui sur le chêne, « n'y touchez pas » dit Stappfer (*Un. méd.*, 1886, t. I, p. 112), ils vivent parasites, mais ils vivent, et n'exposent la malade au danger de l'hémorrhagie, que lorsqu'ils commencent à se détacher.

On a cité de nombreux cas de ce parasitisme (Walker, *Obst. Trans.*, v. XII, p. 338) a vu le placenta demeurer deux mois et demi ; Mc Lean (*Amer. Journ. of obst.*, 1888, p. 60) neuf semaines, Pajot (*Soc. obst. de Paris*, 11 mars et 9 décembre 1886), 3 ou 4 mois, et 4 mois et demi (*Gaz. des hôp.*, 1886, p. 163), moi-même, 109 jours.

Selon moi, et de nombreux cas le prouvent, qu'il serait trop long de rapporter, l'intervention instrumentale doit être réservée pour les cas de danger immédiats, l'hémorrhagie et la fétidité des pertes, et je persiste à partager l'opinion de mon maître, Pajot, pour un motif qu'il a exprimé (*Gaz. des hôpitaux*, 1886, p. 162), c'est la crainte du *morcellement* du placenta, qui, adhérent et *vivant*, ne peut se putréfier, et n'expose la malade qu'aux chances d'une hémorrhagie. Contre la perte, nous sommes puissamment armés.

Dans mon mémoire de 1876 (*Ann. gyn.*, t. II, p. 247 et suivantes), je crois avoir démontré que loin d'abréger la convalescence dans les cas d'adhérences, l'intervention instrumentale semble bien plutôt la faire traîner en longueur.

Voici un cas, qui me semble une nouvelle preuve de ce que j'avance.

Obs. I. — En octobre 1886, je vis avec le Dr B... une jeune fille qui venait d'expulser un fœtus de 3 mois environ. Le placenta n'était pas sorti, l'hémorrhagie était modérée. Je prescrivis 2 grammes de quinine, à prendre dans les 24 heures.

Le Dr B... trop peu patient, et ne se fiant pas à la quinine dont il ne connaissait pas la propriété utéro-motrice, fit un raclage dans l'après-midi du même jour, sans autre indication que son désir de terminer, et sa grande habitude de la curette. Il ne put tout détacher, quoiqu'il crût l'avoir fait. Ma malade eut des pertes, pendant une quinzaine, qui nécessitèrent des injections antiseptiques et de nouveaux raclages. J'ai la conviction que si l'on avait laissé à la quinine le temps d'agir, elle aurait, comme dans tous les cas où je l'ai employée dans ce but à dose élevée, décollé le placenta, assez gros, qui aurait été expulsé en bloc, et que la malade se serait remise beaucoup plus rapidement.

Obs. II. — J. E..., âgée de 31 ans, enceinte depuis avril dernier, entre dans mon service à la Maternité, le 21 août 1886. A la suite d'une chute qu'elle a faite il y a 15 jours, elle a perdu les eaux, le 16, puis le fœtus; le 18, elle a eu un gros frisson. Le 20, on a extrait des fragments placentaires avec une pince. Col ouvert, perte fétide. Le 21, injection utérine au sublimé 1/1000. La curette ramène des fragments de placenta. T. 40°. 40 gouttes d'*ustilago maïdis* en quatre fois; fortes douleurs, expulsion d'un gros caillot. Le 22, le reste du placenta, « large comme la paume de la main », est dans le vagin, on l'extrait, on continue l'ustilago. La convalescence est fort longue, la malade ayant eu une pyohémie, amenée par la résorption des produits putrides.

Cette observation montre que la curette, même entre des mains habiles, — le raclage se fait presque journellement à la Maternité; et M. Bétrix assistant à cette époque a une grande habitude de la curette — peut laisser échapper des débris placentaires, que les utéro-moteurs font ensuite expulser. Les contractions douloureuses éprouvées par la malade me semblent prouver que le gros débris placentaire était adhérent, l'orifice étant assez dilaté pour le laisser passer sans trop de peine.

Obs. III. — Citée de mémoire, faute de notes complètes. En 1883 j'ai vu à quelque distance de Genève, Mlle X..., qui avait avorté environ 15 jours auparavant. Elle avait des pertes fétides, une péritonite et une température élevée. Je soupçonnai quelques débris ovulaires, et prescrivis de la quinine et des injections. Quelques

jours après j'appris qu'elle avait rendu des débris et qu'elle était en voie de guérison.

Dans ces cas, la quinine agit si merveilleusement, que, depuis 1876, où j'ai commencé à l'employer comme ecbolique, je n'ai jamais eu l'occasion, dans ma clientèle urbaine de faire le curage utérin pour enlever un fragment ovulaire. A la Maternité, nous devons souvent accepter les conséquences des fautes faites en ville, et le raclage est très fréquent, quoique, dans mon service, je préfère toujours autant que faire se peut les utéro-moteurs aux instruments.

Depuis que Doléris a publié les résultats que lui a donnés l'écouvillonnage, je cherche un cas de rétention ovulaire où je pourrais faire l'essai du procédé. Grâce à la quinine, je ne l'ai pas encore trouvé, car la quinine m'a toujours donné une si complète satisfaction, que je n'ai pas été conduit à employer d'autres agents.

*Le col est fermé.* Si nous somme certains que l'utérus contient encore quelque débris, ce que nous ne pouvons connaître que par l'existence d'une perte sanguine ou putride et par l'état fébrile, l'état du col est souvent trompeur, l'indication n'est pas douteuse ; il faut dilater. Encore la dilatation n'est-elle que rarement nécessaire lorsqu'on administre la quinine.

Je rejette d'emblée, pour la plupart des cas, le tamponnement, qui à l'inconvénient d'être fort pénible pour la malade; s'il est assez serré pour être efficace, il s'oppose absolument à l'évacuation de la vessie et du rectum. Puis, son action m'a paru lente, dans les cas où je l'ai appliqué ; je ne parle pas des chances d'incarcération putride.

La dilatation doit être faite avec les tiges désinfectées de laminaria, de tupelo, d'*ulmus fulva* (orme lisse) que l'on vante depuis peu en Amérique. On a généralement, et avec raison, selon moi, renoncé à l'éponge préparée. La dilatation rapide risquerait de déchirer les tissus et d'ouvrir des portes aux produits putrides.

Au bout de quelques heures, le col est assez ouvert pour permettre l'exploration digitale, précédée et suivie d'une injection antiseptique *chaude*, et les tentatives prudentes d'extraction des fragments ovulaires. S'ils sont adhérents, la quinine les détachera et les chassera à travers le col, qui n'oppose plus aucune résistance. S'ils sont libres, il va de soi qu'on en fera l'extraction avec les doigts ou la pince.

Puis, si la perte est simplement lochiale, tout est fait, la malade est une accouchée, sauf peut-être qu'elle est fort anémique. Si la perte est putride, les lavages intra-utérins sont indiqués, le curage et l'écouvillonnage trouvent leur indication dans la nécessité de l'enlèvement des restes de caduque. Mais je n'ai, je le répète, encore jamais trouvé, dans ma clientèle civile, cette indication nettement posée.

Leur emploi n'est point un obstacle à l'administration de la quinine, qui aidera à la régression, fermera les bouches ouvertes à l'absorption des produits septiques, et combattra la fièvre (1).

L'intervention instrumentale comparée à l'expectation simple n'a pas à son actif des résultats fort brillants. Voici la statistique de Reihler (*Am. Journ. of obst.*, 1888, p. 111).

| | EXPECTATION | INTERVENTION |
|---|---|---|
| | 104 cas | 48 cas |
| Pas d'accidents..... | 59 °/₀ | 41 °/₀ |
| Petite fièvre d'absorption..... | 27 °/₀ | 46 °/₀ |
| Complications sérieuses..... | 14 °/₀ | 13 °/₀ |
| Mort..... | 1 | 1 |

Ce tableau n'a besoin d'être accompagné d'aucun commentaire. Je fais seulement observer que la mortalité, pour les cas d'intervention, est plus que double de celle que donnent les cas laissés à eux-mêmes.

(1) La formule de R. Barnes malgré la faiblesse des doses m'a rendu bien des services même après l'accouchement normal. Quinine, 0,10. Teinture de digitale, X gouttes. Extrait liquide d'ergot, X gouttes. 3 fois par jour.

Contre l'hémorrhagie, et comme un moyen de faire contracter l'utérus, un agent excellent est *l'injection d'eau chaude* (40 à 50°), indiquée par Davis en 1886. (*Principles and Practice of obstetrics*, p. 1036). Elle est maintenant fort employée. Je ne parle pas des injections styptiques, quoiqu'elles puissent être employée dans des cas rares.

L'ergot de seigle (ou d'avoine, récemment recommandé, mais dont je n'ai aucune expérience) est employé par routine; mais, dans un grand nombre de cas où je l'ai administré avant d'avoir reconnu les propriétés utéro-motrices de la quinine, j'ai remarqué que, s'il exerce des contractions dans le corps utérin, il en provoque aussi dans le col, et, par suite, enferme dans la matrice le corps dont nous cherchons à la débarrasser : Pajot, l'a sans doute observé aussi, puisqu'il dit : « Jamais d'ergot tant qu'il y a quelque chose dans l'utérus » (*Gaz. des hôp.*, 1886, p. 162).

C'est aussi l'opinion de Gerbaud (*Rétention du placenta et des membranes dans l'avortement*, 1886, p. 143 et 181, de Merriman (*Am Journ. of obst.*, 1885, p. 306), qui dilate le col puis fait de l'expectation, de Priestley (*Obst. Soc. London*, 1er mai 1861), et d'un grand nombre d'auteurs. Sanger. (*Am. Journ. of obst.*, 1885, p. 302), est nettement expectant. Francis. (*Brit. med. Journ.*, 1888, t. I, p. 295), recommande d'ajouter à l'ergot de l'acide acétique. Il affirme qu'il agit mieux ainsi contre l'hémorrhagie. Voici sa formule :

| | |
|---|---|
| Ext. liq. d'ergot..... | ââ 32 gr. |
| Acide acétique..... | |
| Ether sulfurique..... | 16 00 |

3 cuillerées à café dans un verre d'eau.

Je ne puis parler de ce mélange, n'ayant pas eu jusqu'ici l'occasion de l'essayer.

Dührssen (*loc. cit.*), recommande la curette, qui, dit-il, détache la caduque vraie à la même profondeur que le ferait la séparation spontanée. Il l'emploie dans les deux premiers mois; dès le 3e mois, il extrait avec le doigt l'embryon, la

sérotine et la caduque réfléchie, puis place un tampon d'iodoforme.

Lessona aussi est partisan du curage et de l'intervention (Del secondamento artificiale, Turin, 1887).

Voici maintenant quelques observations, résumées d'après des notes journalières.

Obs. IV. — Le 26 juin 1873, au soir, Mme B... me fait mander auprès d'elle. Elle est enceinte de trois mois, et perd beaucoup depuis hier.

Je prescris deux grammes de quinine dans une potion de 180 gr. à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Le 27, Mme B... me dit que, après de fortes douleurs utérines et lombaires, elle a rendu un gros caillot sur le placenta sans douleurs, qu'elle n'a malheureusement pas conservé. Mme B... se remet promptement.

Obs. V. — Mme F..., que je soigne depuis quelques jours pour une bronchite, et qui n'a pas vu ses règles depuis 6 semaines, me fait appeler le 11 janvier 1880, pour une forte perte. L'ergotine amène l'expulsion d'un fœtus de deux mois environ, mais le placenta demeure dans l'utérus. Le 22, je prescris 2 gr. de sulfate de quinine, qui, au bout de moins de 24 heures, causent l'expulsion du délivre, entier, et encore muni de son cordon.

A cette époque, mon attention n'avait pas encore été attirée sur le danger des expectorants dans la grossesse, et j'ai traité la bronchite de Mme F... par la poudre de Dower, le kermès et la manne, qui, je l'ai observé plus tard, a une action excitante sur l'utérus.

Obs. VI. — Le 30 juin 1881, une sage-femme m'appelle auprès de Mme M..., qui a fait, il y a 10 jours, une fausse couche au 3e mois. Le placenta est demeuré dans la matrice ; Mme M... a des pertes sanguines et un peu odorantes. Utérus et col mous. Quinine, 2 grammes dans les 24 heures.

Le remède est pris irrégulièrement, et ce n'est que le 4 juillet que je puis *cueillir* le placenta engagé dans le col. La perte peu abondante n'a pas eu d'odeur putride.

Obs. VII. — Mme Cl..., a fait une fausse couche le 10 novembre 1877, dans laquelle la quinine a causé l'expulsion de petits débris ovulaires. Elle m'appelle de nouveau le 29 avril 1884, pour une

perte survenue après une suspension des règles datant de deux mois

Quinine, comme dans les cas précédents.

Le même jour, à 6 heurres du soir, Mme C... me présente ce qu'elle a rendu. Un sac ovulaire crevé, vide, et un autre entier, plein de liquide, dans lequel je ne puis trouver l'embryon.

Obs. VIII. — Le 19 juin 1880, Mme H..., qui n'a pas revu ses règles depuis son dernier accouchement — elle a allaité son enfant — me fait appeler pour une perte, peu abondante mais durant depuis 15 jours. Deux grammes de quinine.

Dès le lendemain, Mme H... me présente un large fragment placentaire, qu'elle a expulsé.

Le 21, je sens dans le col un nouveau fragment ovulaire ; nouvelle dose de quinine. Le 22, ce fragment a été expulsé, l'utérus est vide.

Obs. IX (1). — Mme B.... sage-femme m'appelle le 5 octobre 1887, à 10 heures ou matin, auprès de Mme X..., qui à la suite d'une fausse couche incomplète de 3 mois, *faite il y a* 25 *jours* a eu de fortes hémorrhagies.

Pouls faible, utérus à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; col mou, large, en entonnoir, orifice interne fermé. Perte peu abondante en ce moment, *inodore*. Avant de tenter la dilatation et le curage, je prescris deux grammes de quinine, à prendre dans les 24 heures.

5 heures du soir, Mme X... a eu des coliques utérines, une perte assez forte, et une menace de syncope. On me montre de nombreux caillots qu'elle a rendus.

Utérus à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Col ouvert admettant l'index.

Dans le vagin je sens et j'en extrais un corps spongieux ; c'est un placenta de 3 mois à peu près, entier, frais et sans odeur.

La convalescence de Mme X... a été rapide et sans accident.

Obs. X. — Le 21 mai 1883, un confrère m'appelle auprès de

---

(1) Cette observation a été publiée incomplètement dans la thèse de Wisard (*Interv. dans les rétentions placentaires*, Paris, 1888). Je la rétablis ici dans son intégrité, telle que je l'ai envoyée à M. Wisard. Je supprime les conclusions de ma lettre à M. Wisard, elles feraient double emploi avec les idées exprimées dans ce Mémoire.

Mme G... qui, enceinte de 2 mois a une forte perte. L'ergotine n'a pas réussi à arrêter l'hémorrhagie, ni à faire expulser le reste de l'œuf, que je trouve engagé dans le col. 2 grammes de quinine en 6 cachets un de 2 en 2 heures.

Le 22, le fragment ovulaire n'ayant guère progressé je prescris encore un gramme de quinine, dans l'après-midi, Mme G... en allant à la selle, rend un corps volumineux qu'on m'a présenté. C'est le placenta avec les membranes. Suites normales.

Pour résumer ce court mémoire, que je n'ai pas voulu allonger par de trop nombreuses observations, je conclus que la séparation et l'extraction instrumentale complète et rapide des débris ovulaires demeurés dans l'utérus après l'avortement n'étant pas sans difficulté et présentant le danger du morcellement des fragments, la quinine, qui est un puissant utéro-moteur, me paraît préférable, *dans la plupart des cas*, à l'intervention instrumentale, parce qu'elle excite dans l'utérus de fortes contractions qui détachent des restes ovulaires et les expulsent en bloc.

---

# REVUE GÉNÉRALE

**De la transmission intra-placentaire des microbes pathogènes de la mère au fœtus.**

Après les longues discussions du siècle dernier et du commencement du siècle présent, auxquelles prirent part Cowper. Vieussens, Antoine Dubois, Chaussier et Flourens d'une part, Monro, Rœderer, Lassus, Levret, Sabatier et Magendie de l'autre, il fut définitivement admis, à la suite des recherches anatomiques et expérimentales de Coste et de Bonamy, que les liquides injectés dans les vaisseaux de la mère ne passaient pas dans les vaisseaux du fœtus. L'histologie se chargea bientôt de confirmer ces données en montrant que les vaisseaux du fœtus forment un circuit complètement fermé plongeant dans le sang de la mère au niveau des lacs sanguins du placenta.

Ce point une fois établi, la question ne tarda pas à renaître sous une autre forme; et l'on se demanda si des éléments très

petits, en suspension dans le sang maternel, ne pourraient pas en traversant la tunique des vaisseaux pénétrer dans l'organisme du fœtus.

Les expériences de Brauell (de Dorpat) en 1857, celles de Davaine en 1865 parurent trancher définitivement le débat dans un sens négatif.

Davaine et Rayer venaient de découvrir (1850) la bactéridie charbonneuse.

Brauell, à la suite d'examens histologiques du sang (fœtus de brebis et de jument) et par des inoculations de ce sang à des animaux arriva à cette conclusion : « Les embryons des animaux morts du charbon ne donnent à l'examen anatomique aucun signe de cette maladie. L'inoculation de leur sang donne toujours des résultats négatifs. Le charbon ne passe donc pas de la mère au fœtus », conclusion que vinrent bientôt confirmer les recherches de Davaine sur les cobayes pleines et qui prit le nom de *loi Brauell-Davaine*.

La loi Brauell-Davaine fut pendant de longues années universellement acceptée, non toutefois sans quelques réserves. « Cependant, écrivait M. Pinard en 1878 (art. Fœtus du *Dictionnaire encyclopédique*), nous nous trouvons en face d'un fait encore inexplicable et contradictoire, à propos de la variole, si, comme on tend chaque jour à l'admettre d'avantage, l'agent virulent consiste dans une granulation, un micrococus. Ici la question reste en suspens. » Néanmoins, lorsque s'accusa le grand mouvement bactériologique qui devait aboutir à la conception actuelle de la pathogénie des maladies infectieuses, cette loi devint, pour les adversaires des microbes, le grand cheval de bataille.

S'appuyant d'une part sur elle, et de l'autre sur les faits cliniques indéniables de transmission d'une maladie infectieuse, telle que la variole, de la mère au fœtus, ils disaient : « Si de semblables éléments (coccus ou bactéries) étaient indispensables à la transmissibilité de la variole il faudrait renoncer à admettre l'infection du fœtus par la variole pendant la vie intra-utérine. En effet, quelle que soit l'opinion

que l'on accepte sur la structure du placenta, que l'on admette la théorie d'Ercolani sur l'organe glandulaire placentaire, ou que l'on considère cet organe comme un simple filtre, il nous paraît surabondamment prouvé qu'aucun élément figuré ne traverse et ne peut traverser le placenta. »

Or en 1880 Arloing, Cornevin et Thomas démontrent que le microbe du *charbon symptomatique* passe de la mère au fœtus, première atteinte à la loi de Davaine qui n'est plus dès lors d'une application générale.

Bientôt après, en 1882, M. Chambrelent, tout en continuant à considérer comme décisives les expériences de Davaine sur le charbon bactérien, prouve, dans un travail fait en collaboration avec Roux, que, comme le micro-organisme du charbon symptomatique, le micro-organisme du *choléra des poules* passe de la mère au fœtus.

Ainsi se trouvait solidement établi un premier point; le placenta laisse passer certains agents pathogènes, mais il s'oppose au passage de certains autres, exemple le charbon.

Mais voici que la même année MM. Straus et Chamberland, à la suite d'expériences faites sur les cobayes pleines, arrivent à cette nouvelle conclusion : « Le placenta ne constitue pas, comme on l'a cru jusqu'ici, une barrière infranchissable pour le bacillus anthracis ; il *n'est pas un filtre parfait*; mais il joue cependant un rôle de filtration manifeste, en ce sens qu'il ne livre passage qu'à un nombre restreint de microbes.

« Dans certains cas, exceptionnels il est vrai, la filtration est parfaite et le sang du fœtus ne possède réellement ni bactéridie ni virulence. La loi de Brauell-Davaine qui généralise une exception est donc erronée. »

En revanche Wolff inocule le charbon à plusieurs lapines ou cobayes pleines ; il examine, sur des coupes colorées, les organes de 17 fœtus sans pouvoir découvrir un seul bacillus anthracis.

Sur 13 inoculations faites à l'aide de fragments d'organes de

ces fœtus, il voit 2 fois l'animal en expérience prendre le charbon et succomber, et il déduit de ces recherches que le passage de la bactéridie dans le sang du fœtus est possible, mais n'est pas constant.

Enfin, de 1879 à 1886, Chauveau reprend la même question dans un autre but, et démontre que c'est une exagération de prétendre que les jeunes peuvent prendre le sang de rate dans le ventre de la mère. Ils ne contractent même pas la maladie rudimentaire qui succède aux inoculations préventives avec des virus atténués, chez les sujets qui vivent de leur vie propre.

En sorte que Chauveau se sent entraîné à considérer « les rares agents infectieux qui rendent *quelquefois* virulent le sang du fœtus comme des bacilles *erratiques*, venus tous de la mère et incapables ou peu capables de se multiplier dans le jeune sujet ».

Sur 11 cas en effet il n'a trouvé le sang fœtal virulent que 2 fois au plus ; et jamais il n'a noté sur le fœtus, même dans la rate, la moindre lésion du charbon (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 février 1888).

Ainsi se trouvaient établis deux nouveaux points très importants :

1° Tantôt le placenta laisse passer le bacille du charbon de la mère au fœtus, tantôt il s'oppose complètement à ce passage.

2° Lorsque le placenta n'oppose pas une barrière infranchissable aux bacilles du charbon il joue cependant un rôle de filtration manifeste, en ce sens qu'il ne livre passage qu'à un nombre restreint de microbes (Straus), à de *rares* bacilles *erratiques* et incapables ou peu capables de se multiplier dans le jeune sujet (Chauveau).

Il restait à expliquer pourquoi certains micro-organismes, tels que celui du choléra des poules, passent d'une façon *constante* de la mère au fœtus, alors que d'autres, comme celui du charbon bactérien passent seulement dans certains cas ;

Et pourquoi les micro-organismes fœtaux sont inférieurs en quantité et en qualité à ceux de la mère.

M. Malvoz, préparateur à l'université de Liège, dans un mémoire fort remarqué que publient les Annales de l'Institut Pasteur (25 mars 1888), cherche à répondre à la première question en établissant que *les micro-organismes ne franchissent la barrière placentaire, pour atteindre l'embryon que dans les cas où le placenta présente des altérations histologiques des villosités choriales, lésions généralement dues à l'action pathogène des éléments parasitaires eux-mêmes.*

Ainsi M. Malvoz inocule dans la veine de l'oreille à des lapines pleines de l'encre de Chine broyée dans de l'eau ; il inocule à d'autres lapines pleines des microbes non pathogènes comme le micrococcus prodigiosus, à d'autres encore un microbe pathogène, le bacillus anthracis. Particules d'encre de Chine, microbes non pathogènes, bacillus anthracis se retrouvent dans le placenta, mais toujours en moins grande abondance que dans le foie maternel.

Par contre, jamais Malvoz n'a retrouvé les particules de l'encre de Chine dans la veine ombilicale ni dans les organes fœtaux ; jamais non plus il n'y a rencontré les microbes non pathogènes, tandis que les microbes du charbon se retrouvent dans un certain nombre de cas dans les organes du fœtus.

Par conséquent si les éléments indifférents, particules inorganiques ou microbes inertes, ne passent pas au fœtus, on est autorisé à admettre que, si les organismes pathogènes pénètrent dans certains cas jusque dans le sang fœtal, ce n'est pas le fait d'une filtration. Il faut quelque chose de plus, *une lésion, une effraction mettant en communication directe la circulation fœtale et la circulation maternelle.*

Mais on comprend très bien que cette lésion, cette effraction puisse être variable suivant les cas ; suivant que le même agent pathogène agit sur des placentas différents, ou suivant que des agents pathogènes d'énergie différente agissent sur un même placenta.

Par exemple, au lieu d'expérimenter avec le bacillus

anthracis sur des cobayes pleines comme l'avaient fait MM. Straus et Chamberland, M. Malvoz s'adresse à des lapines pleines.

Toutes les lapines inoculées succombent. Il fait, à l'aide de fragments d'organes de 32 fœtus, 163 tubes ou plaques de cultures : 4 tubes seulement ont montré la poussée caractéristique du bacillus anthracis. Jamais il n'a pu retrouver de bacilles dans les organes, un lapin inoculé avec le foie d'un fœtus succombe ; 3 expériences semblables faites avec le foie d'autres fœtus donnent des résultats négatifs.

Ainsi, chez la lapine, si le bacille charbonneux peut passer au fœtus ce n'est qu'en très petite quantité et dans la minorité des cas.

Au contraire, comme l'ont montré Straus et Chamberland et comme a pu le vérifier Malvoz, le passage se fait bien plus régulièrement de la mère au fœtus lorsqu'on expérimente sur des cobayes.

Or Malvoz a pu constater que les *placentas des lapines charbonneuses ne présentent pas d'hémorrhagies, tandis que dans ceux des cobayes charbonneuses on trouve des lésions, des foyers hémorrhagiques très nombreux.*

D'autre part, en inoculant à des lapines pleines le microbe du choléra des poules, on le retrouve *dans tous les cas* (et non plus exceptionnellement comme le bacillus anthracis), dans les organes fœtaux. On sait que le choléra des poules est une maladie essentiellement hémorrhagipare, et les *placentas des lapines inoculées de cette maladie présentent des hémorrhagies reconnaissables même macroscopiquement.*

Par conséquent, on comprend que la transmission microbienne de la mère au fœtus ne saurait être un fait constant. « Elle sera aussi variable et aussi inconstante que les propriétés des éléments parasitaires eux-mêmes.

« Dans l'appréciation de la possibilité de l'atteinte du fœtus par un parasite déterminé, il faudra toujours tenir compte de diverses circonstances : degré de virulence, atténuation plus ou moins grande, action plus ou moins destructive sur

les cellules et les tissus, temps écoulé entre le moment de l'inoculation et la mort, texture différente du placenta d'un animal à l'autre, et notamment épaisseur très variable, suivant les espèces, de l'épithélium des villosités.

« Les altérations placentaires, inconstantes dans le charbon et variables d'une espèce animale à l'autre (et ainsi s'expliquent les résultats en apparence contradictoires obtenus par les divers expérimentateurs), seraient au contraire la règle dans les maladies comme le charbon symptomatique et surtout le choléra des poules, affections où la transmission du microbe au fœtus a été bien plus régulièrement constatée. Si on applique ces données à des maladies comme la variole, la tuberculose, la pyohémie, on comprendra que le fœtus sera menacé chaque fois qu'il se sera produit une altération susceptible de rompre les barrières cellulaires du placenta : point hémorrhagique dans la variole, ramollissement d'une nodosité dans la tuberculose, foyer d'abcession dans la pyohémie. » (Malvoz.)

Reste le dernier point : Tous les expérimentateurs s'accordent sur ce fait que le passage n'est pas constant, et que, lorsque le placenta se laisse traverser, ce n'est que par des bacilles erratiques incapables ou peu capables de se multiplier dans le jeune sujet.

Et pourtant Chauveau a trouvé que tous les agneaux nés de mères inoculées du sang de rate pendant les dernières semaines de la gestation acquièrent l'*immunité charbonneuse*.

Ce n'est donc pas au bacille qu'est due cette immunité. Puisque les bacilles ne passent que d'une façon inconstante et que l'immunité est constante, il n'y a que les matières solubles du sang de la mère qui puissent, en traversant le placenta, envahir les humeurs et imprégner les tissus du fœtus pour les rendre inaptes au développement du charbon.

Et pénétrant plus à fond dans l'étude du mécanisme de cette immunité, Chauveau se dit qu'il ne serait pas impossible que le fœtus fût imprégné par la matière vaccinale em-

pruntée à la mère, avant que la multiplication des bacilles, qui est toujours tardive, fût assez avancée pour créer des chances de pénétration transplacentaire. Nous passerons en revue, dans un prochain article, les faits sur lesquels s'appuie cette hypothèse.

H. VARNIER.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du* 8 *mars* 1888.

*Présentations :* DOLÉRIS. — a) **Ovaire** enlevé, après laparotomie. L'extirpation de l'organe qui était adhérent à la corne utérine droite, à l'épiploon, à l'S iliaque, à la paroi latérale du bassin et qui affectait des rapports de voisinage avec le paquet vasculaire utéro-ovarien, fut assez laborieuse. L'examen démontra qu'il s'agissait d'une ovarite chronique suppurée. *Guérison.*

b) **Ovaire**, présentant deux kystes développés aux dépens des follicules de de Graaf. *Guérison.*

PORAK. — **Placenta**, le siège de kystes multiples d'origine hémorrhagique. Les différences de coloration que présente leur contenu, démontre qu'il se sont formés à des dates diverses.

REY. — Un **axi-pelvimètre.**

PORAK. — Désire prendre avis de ses collègues au sujet du cas suivant de dystocie. Actuellement, se trouve dans son service une femme qui est en travail et dont **l'accouchement est compliqué par la présence de fibromes**, dont l'un, énorme, obstrue presque complètement l'excavation. La tumeur fibreuse paraît s'être développée aux dépens du col, tout au moins de la portion inférieure de la matrice. Car, au-dessus du pubis, on ne la retrouve pas. Quand la femme entra à l'hôpital on put constater que l'enfant était mort. Pensant qu'il était utile de retarder aussi longtemps que possible l'accouchement dans l'espoir que le volume de l'enfant s'amoindrirait, on fit prendre à la femme, par gouttes, une certaine quantité de laudanun. Simultanément, on s'appliquait par des moyens antiseptiques à se garer soigneusement des accidents de

septicémie, toujours à craindre avec la rétention prolongée du fœtus mort. Or, actuellement, la femme est en travail, la poche des eaux est rompue de la veille, le fibrome qui, contrairement à la transformation physique qu'il subit habituellement sous l'influence de la grossesse, est resté très dur, paraît un peu remonté : le col est également plus facilement accessible. Pas de signes d'infection. En résumé, si la situation semble s'être un peu améliorée, l'amélioration est tellement minime, qu'on a le droit de craindre que le fibrome ne puisse remonter suffisamment au-dessus du bassin. Et, dans ce cas, l'extraction de l'enfant, par les voies naturelles, devient impossible. Il faudra donc recourir à l'opération césarienne. Or, malgré l'absence de fièvre, de tous phénomènes de septicémie, est-il prudent de différer une opération, dont le pronostic, comme tout le monde le sait bien aujourd'hui, s'aggrave à mesure qu'on atermoie. Quant à l'exécution de l'opération, elle ne paraît pas devoir présenter des difficultés insurmontables, car l'intervalle qui existe entre la limite supérieure de la tumeur et le fond de l'utérus semble devoir permettre une incision assez longue pour opérer sans trop de peine l'extraction de l'enfant.

Pajot. — Si le travail marche régulièrement, si l'état de la femme n'est pas mauvais, si la température ne s'élève pas, je crois qu'il est sage de laisser aller les choses suivant leur cours naturel. Dans l'éventualité contraire, la question me paraît se réduire à cette double alternative : a) ou les parties fœtales sont accessibles, b) ou elles ne le sont pas.

Si on arrive sur les parties fœtales, mieux vaut adopter la voie vaginale et délivrer la femme en extrayant le fœtus grâce à des broiements successifs. Dans la seconde hypothèse, c'est à l'opération de Porro que je donnerais la préférence. Quelle utilité, en effet, à laisser à cette femme sa matrice, sinon que de l'exposer à se retrouver une autre fois dans la situation critique où elle est aujourd'hui.

Loviot. — Des tentatives de réduction de la tumeur, pratiquées après anesthésie chloroformique, seraient peut-être suivies de succès. En tout cas, le moyen me paraît sans danger et non inutile avant qu'on ait recours aux interventions graves qui sont en perspective.

Guéniot. — J'ai été témoin de deux cas analogues. Dans l'un tout était prêt pour l'opération césarienne, sauf les aides. L'exca-

vation était presque complètement obstruée ; à peine 2 centimètres de libre. Mais quelques heures plus tard, cet espace s'était accru d'au moins 3 centimètres. Cela me donna beaucoup d'espoir et m'engagea fort à temporiser. Bien m'en prit ! Car je pus assister à l'*ascension spontanée* du fibrome qui s'opéra grâce à un travail soutenu. Une application de forceps pratiquée dès que la place fut devenue suffisante, me permit d'extraire un enfant vivant. Dans le 2me cas, où les conditions ressemblaient beaucoup à celles indiquées par M. Porak, et où l'enfant se présentait par le siège, la temporisation aboutit à un résultat aussi heureux, expulsion d'un enfant vivant. Aussi, de ces deux faits personnels et d'un certain nombre d'autres dont j'ai eu connaissance, je pense qu'il ne faut pas se presser d'intervenir sans indication précise, qu'il faut attendre l'ascension spontanée du fibrome, mais, en arrêtant l'administration du laudanum, qui ne peut avoir d'autre effet, en diminuant l'énergie des contractions, que d'empêcher cette *ascension* de la tumeur à laquelle est peut-être lié le salut de la mère et de l'enfant. Si les circonstances imposaient une intervention, je ne vois pas d'autre conduite à adopter que celle indiquée par le professeur Pajot.

L. Championnière. — D'après ce que j'ai observé, il me paraît que si le col est devenu accessible, il y a des chances pour que le cas se termine d'une manière favorable. Quant à l'intervention par la laparotomie, que vous donniez la préférence soit à l'opération de Porro, soit à l'opération césarienne, les conditions me paraissent bien défectueuses. Sans doute, il y aurait utilité à débarrasser la femme de sa matrice et de son fibrome. Mais, étant donnés la situation du fibrome et son enclavement dans le bassin, l'opération de Porro sera bien difficile. Quant à la section césarienne, elle offre de grands dangers. Non qu'elle me paraisse d'une exécution très difficile, car, comme l'a dit M. Porak, l'espace entre la limite supérieure de la tumeur et le fond de l'utérus paraît très suffisant pour l'incision. Mais parce que la puissance de rétraction de l'utérus est en général fort diminuée quand il existe des tumeurs fibreuses ; une hémorrhagie redoutable est donc à prévoir. Aussi, je crois qu'*il faut aller, aussi loin que possible, dans l'intervention par la voie vaginale.*

Porak répond à la suggestion faite par Loviot, qu'il croit que l'effort utérin est bien plus efficace pour opérer le désenclavement

que toutes les tentatives manuelles de réduction ; à la remarque de M. Guéniot sur l'influence fâcheuse du laudanum, que s'il l'a prescrit pour la raison qu'il a dite, avant tout début de travail, il l'a supprimé dès les premières douleurs.

M. Poullet (de Lyon) lit un travail intitulé : **de l'intervention intra-utérine dans les métrites, paramétrites et déviations utérines** (1).

M. L. Championnière lit également un mémoire très étudié et fort intéressant sur **certains troubles d'ordre réflexe observés après l'ovariotomie.** Nous en ferons l'analyse un peu plus tard, d'autant plus qu'il sera peut-être l'objet d'une discussion.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

*Séance du* 13 *janvier* 1888.

*Présentations* : J. Veit. — 1) **Tumeur de l'ovaire** enlevée pour des accidents causés par la torsion du pédicule. La femme dont il s'agit avait eu à la suite d'un accouchement qui avait eu lieu en septembre 1887, des accidents de péritonite qu'on n'avait pu expliquer ni par une cause septique ni par la constatation d'une tumeur, constatation rendue d'ailleurs difficile par un météorisme très accusé. 6 semaines plus tard on découvrit une tumeur abdominale molle, souple. En décembre, nouvelle poussée de péritonite et constatation d'une tumeur qui atteignait l'ombilic et qui était très douloureuse. Après avoir attendu deux jours que les accidents aigus se fussent amendés dans l'espoir d'opérer dans des conditions plus favorables, on pratiqua l'ovariotomie qui fut simple. La tumeur qui adhérait faiblement aux organes voisins, était tordue trois fois sur son axe. Une grande quantité de sang s'était épanchée dans sa cavité et entre les feuillets du ligament large. *Guérison* sans accidents.

2) **Grossesse tubaire.** — Le détail le plus intéressant de cette pièce pathologique est dans la disposition de la caduque réfléchie qui se voit très nettement. L'opération fut simple. C'est la neuvième qu'a pratiquée Veit et *toutes ont été suivies de guérison.*

---

(1) Ce travail intéressant a été publié *in extenso* dans les nos 9 et 11 du Lyon. méd. 1888. Nous en donnerons un résumé dans la Revue des journaux dans un numéro prochain des Annales.

CZEMPIN. **Annexes de l'utérus.** — Femme âgée de 33 ans, qui n'avait jamais été menstruée, mais qui cependant éprouvait sous forme de crises périodiques, des douleurs lombo-abdominales vives. Elle avait subi des traitements gynécologiques divers qui n'avaient amené aucune amélioration. Dans ces derniers temps, les douleurs étaient devenues permanentes et l'incapacité au travail absolue. Il y a trois mois, l'utérus mesurait environ 5 c. m., l'ovaire gauche était gros comme une pomme, le droit plus petit qu'à l'état normal. Sensibilité très accusée des organes pelviens. La patiente subit une foule de traitements. Scarifications, badigeonnages iodés, narcotiques, cathétérisme de l'utérus, discission du col, tout cela avec un résultat insignifiant. Ayant été, par la mort de son mari, réduite aux seules ressources que pouvaient lui procurer son travail, une opération radicale s'imposait. Trompes et ovaires furent extirpés après laparotomie. Les deux ovaires étaient à peu près du volume normal et présentait, outre des petits kystes, un corps jaune, preuve décisive que la fonction ovulaire s'était accomplie. A gauche, il existait un kyste para-ovarique de la grosseur d'une pomme. Les trompes, atrésiées à leur extrémité abdominale, étaient kystiques. *Guérison*, et sortie de l'hôpital 15 jours après l'opération.

MARTIN. **Myôme kystique du corps de l'utérus.** — Femme âgée de 72 ans, qui avait été sujette à des douleurs intenses dans le bas-ventre; on la soigna pour une affection hépatique, jusqu'à ce que son tour de taille, au niveau de l'ombilic, atteignit 142 c. m. L'œdème de la paroi et des membres inférieurs causait des souffrances extrêmes. L'épaisseur de la paroi rendait le diagnostic difficile. Au moment de la laparotomie, le liquide infiltré s'écoulait des tisus comme d'une éponge, il s'écoula aussi beaucoup de liquide ascitique; quant à la tumeur, elle paraissait constituée dans sa partie supérieure par un kyste, dans sa partie inférieure par une masse solide. Elle était assez intimement unie à l'intestin pour qu'il fût impossible de ne pas laisser une portion de sa paroi accolée à celui-ci. On put constater qu'il s'agissait d'un énorme myôme kystique du corps de l'utérus. Amputation supra-vaginale. Drainage vaginal. *Guérison* sans accidents.

Discussion du travail de OLSHAUSEN « **Sur une cause de mort, non signalée encore après la laparotomie** » (1). GUSSEROW, MARTIN,

(1) Vid. in Ann. de Gyn. et d'Obst. Mars 1888.

BORCHERT, DUHRSEN, OLSHAUSEN, LOHLEIN, VEIT, LIPPMANN (Cent. f. Gynäk., n° 6, 1888).

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

*Séance du 7 mars* 1888.

*Présentations* : A. LAWRENCE. — **Pièce provenant d'une grossesse extra-utérine.**

HERMANN. — **Fœtus et placenta** provenant d'une laparotomie faite au quatrième mois d'une grossesse tubaire, 2 heures 1/2 après la rupture de la trompe. *Guérison.*

PENROSE. — Pièces provenant d'une **grossesse tubo-abdominale** du côté gauche. Le corps jaune vrai se trouvait dans l'ovaire droit.

BOXALL. **De la scarlatine pendant la grossesse et pendant l'état puerpéral** (1). — Au sujet des relations de la scarlatine avec la septicémie puerpérale, l'auteur a tiré de l'examen des faits les conclusions suivantes : 1°) la contamination par le virus scarlatineux donne lieu, pendant les suites de couches, à un processus morbide qui, dans l'ensemble, présente les symptômes habituels de la scarlatine. En général, on n'observe pas des manifestations de nature septique ; 2°) cependant, dans certains cas, outre les phénomènes habituels à la scarlatine, l'affection présente des signes d'intoxication septique. Quand ils se montrent dès le début de la maladie, on peut les considérer comme étant purement accidentels ; plus tard, au contraire, ils peuvent être l'expression d'un processus septique analogue à celui qui aboutit à l'angine secondaire de la scarlatine commune ; 3) dans quelques cas, fort rares, la maladie peut affecter un type mal déterminé, où l'on ne retrouve aucun des caractères de la scarlatine, soit qu'ils fassent complètement défaut, soit qu'ils soient tellement atténués qu'ils échappent à l'observation. En semblables conditions, la maladie ne s'accompagne que de quelques phénomènes qu'en général on rapporte à une intoxication de nature septique.

En ce qui concerne le traitement préventif de la scarlatine pendant la grossesse et les suites de couches, il comporte tout un ensemble de précautions. Il faut isoler soigneusement toutes les

---

(1) Vid. in Ann. de Gyn. et d'Obst., février 1888, p. 143.

femmes atteintes par la maladie et désinfecter avec soin tous les objets contaminés. On doit éloigner des milieux où la scarlatine règne les femmes enceintes ou récemment accouchées. Le virus peut être transporté non seulement par les mains, mais aussi par les habits. Il peut être même répandu dans l'atmosphère au moyen de l'air expiré. Aussi le lavage, la désinfection des mains ne suffisent-ils pas.

Les bains généraux désinfectants, le changement complet des habits, sont des mesures prophylactiques absolument indispensables que doit prendre non seulement le médecin, mais auxquelles doivent se soumettre la sage-femme et toutes les personnes appelées à s'approcher d'une femme récemment accouchée ou arrivée à une période avancée de la grossesse, quand elles se seront exposées à la contamination par le virus scarlatineux.

*Discussion*, commencée par DOLAN, PLAYFAIR, LAWRENCE, HERMAN, NAPIER, DUNCAN, elle a ensuite été ajournée. — (British. med. Journ. Mars 1888.)

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG

*Séance du* 14 *décembre* 1887.

BREWIS lit une note sur un cas d'**accouchement dans un bassin scolio-cyphotique.** Pour la description détaillée des déformations que présentait le sujet auquel l'observation se rapporte, nous renvoyons au travail original (1). Il s'agissait d'une femme âgée de 33 ans, primipare, présentant une déformation scolio-cyphotique dorso-lombaire. Les modifications pelviennes importantes au point de vue de l'accouchement, intéressaient surtout, comme c'est la règle, le détroit inférieur qui donnait les mensurations suivantes : entre les surfaces internes des ischions, 64 millim. ; entre l'articulation sacro-coccygienne et le bord inférieur de la symphyse, 9 centim. ; du sommet du sacrum aux tubérosités ischiatiques, 64 millim. Coccyx très mobile ; mobilité également très nette de l'articulation pubienne. Forte inclinaison du plancher pelvien.

---

(1) Edinb. med. Journ., février 1888, p. 709.

Début du travail, le 25 juillet, à 4 heures de l'après-midi. A 10 heures du soir, col effacé, orifice externe dilaté comme un shilling; membranes intactes; la tête fœtale occupait, sans être fortement fixée, le diamètre conjugué du détroit supérieur; occiput en avant, les deux fontanelles accessibles. Les épaules étaient situées immédiatement au-dessus de la symphyse, le dos en avant. type de *venter propendulus*. A 4 heures du matin, la dilatation était complète, la tête était descendue jusqu'au niveau des épines sciatiques, précédée de la poche des eaux qui, intacte, avait atteint le plancher pelvien et arrivait jusqu'à la vulve.

« La parturiente endormie et placée dans la position de la taille, je rompis les membranes et procédai à un examen attentif de la tête fœtale dont le long diamètre occupait maintenant le diamètre oblique droit de l'excavation, l'occiput étant en avant et pressé contre l'os pubien; on sentait facilement la grande fontanelle, car le bregma descendait plus bas que l'occiput; en résumé, la suture sagittale, avec l'occiput en avant, occupait le diamètre oblique droit.

« J'appliquai alors le forceps à tractions suivant l'axe en avant et sur la région postérieure de la tête fœtale que, par une traction très énergique, j'abaissai et fixai au détroit inférieur. La manœuvre eut pour résultat de faire passer la tête de l'extension à la flexion, et de placer la suture sagittale suivant le diamètre conjugué. La tête étant alors bien fléchie et saisie dans le détroit inférieur suivant ses plus petits diamètres, sous-occipito-bregmatiques, j'enlevai le forceps et fis cette fois une application directe. Sachant aussi qu'il y avait plus d'espace en arrière des ischions, je tirai en bas et en arrière, et après deux ou trois tractions, je réussis à dégager l'occiput et successivement la face sur, ou plus exactement, à travers le périnée. »

Délivrance par expression du placenta, en raison d'une hémorrhagie qui avait sa source dans les parois du vagin, surtout à gauche, et dans la région correspondant aux épines sciatiques.

Déchirure complète du périnée, mais n'intéressant pas le sphincter. Au niveau de l'anus, la déchirure s'était bifurquée et prolongée de chaque côté de cet orifice.

*Suites de couches excellentes*, et guérison de la déchirure sans suture préalable.

*Enfant*, du sexe masculin, vivant.

*Diamètres de la tête fœtale:* O.M., 139 millim.; O. F., 114 millim.; S. O. B., 82 millim.; B. P., 89 millim.; B. T., 76 millim.

Simpson, qui n'a jamais rencontré un cas semblable, se demande comment la tête fœtale a pu être dégagée malgré une étroitesse pelvienne aussi considérable.

Brewis. — Sans doute, si l'espace entre les ischions eût été le diamètre transversal réel du bassin, il eût été impossible de la faire franchir par un enfant vivant. Mais il ne faut pas oublier que dans le cas actuel, ce diamètre a été en réalité représenté par la distance qui séparait les épines sciatiques, laquelle devrait sans doute être très près de 9 centimètres. De plus, la mobilité du sacrum en arrière, celle en dehors des tubérosités ischiatiques ont beaucoup favorisé l'extraction du fœtus.

Le secrétaire lit au nom du Dr S. Stevenson un travail sur la **sténose et la distension tubaire, comme cause d'hémorrhagie intrapéritonéale** (1).

Dr Mackness lit un travail sur les **exanthèmes scarlatiniformes pendant les suites de couches.**

Simpson. — La théorie émise par l'auteur, bien qu'elle ait pour elle de sérieux arguments, ne peut cependant être acceptée *a priori*. D'après lui, ces exanthèmes reconnaîtraient pour cause un foyer de putréfaction dans l'utérus. Or, combien de fois n'avons-nous pas affaire à une rétention de caillots s'accompagnant de phénomènes de décomposition sans que nous voyions apparaître de semblables exanthèmes. Aussi, quand ils surviennent, faut-il mettre en cause autre chose que la fétidité des lochies. Leur apparition possède quelque chose de très alarmant, mais l'insignifiance des phénomènes fébriles met bien vite fin à ces inquiétudes.

Underhill. — Les rashs qu'il a observés pendant les suites des couches avaient le type morbilleux, et ne s'accompagnaient que d'une élévation légère de la température. Ils ne coïncidaient pas avec des lochies fétides. De plus, comme ils étaient apparus simultanément, il est possible que les conditions sanitaires de l'établissement aient été pour quelque chose dans leur éclosion.

Ballantyne, après avoir dit qu'il avait vu trois cas analogues, rappelle que dans une société médicale de Paris, on avait exprimé l'opinion que ces exanthèmes correspondaient à des scarlatines atténuées ou à des états puerpéraux de nature infectieuse.

(1) Edinb. med. Journ., mars 1888, p. 809.

Ont ajouté quelques remarques : RATTRAY, FOULIS, MACKNESS.

Dr FELKIN, lit des notes sur **deux cas d'accouchements compliqués par une brièveté du cordon.**

*Discussion :* SIMPSON, UNDERHILL, FOULIS.— La brièveté du cordon coïncide en général avec une malformation fœtale. Le lieu de l'insertion du placenta est important à noter ; il est intéressant de noter la situation de la rupture des membranes. C'est l'insertion de l'arrière-faix sur le fond de l'utérus qui favorise le plus l'inversion de l'organe. Comme, dans l'intervalle des douleurs, la tête ne rétrocédait pas, il est vraisemblable que l'insertion placentaire était basse, etc. (Edinb. med. Journ., mars 1887.)

Dr R. LABUSQUIÈRE

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

*Séance du 3 janvier* 1888.

POLK. **Clamps pour l'hystérectomie vaginale.** — Ces clamps sont destinés à étreindre les ligaments larges. L'un d'eux a une jointure qui permet de séparer aisément ses deux parties, pour le nettoyer ou pour faciliter son application. Dans l'autre, grâce à une articulation spéciale, l'une des parties peut être enlevée sans l'autre. ce qui évite le danger de rompre les adhérences qui pourraient s'être formées.

L'un de ces clamps, ajoute Polk, sur la demande de HANKS, est semblable à celui de Richelot ; l'autre ressemble à celui de Greig Smith.

LEE ne croit pas à l'utilité du clamp, dans les cas où le mal est limité à l'utérus, c'est-à-dire dans les cas où l'opération est indiquée.

POLK affirmant que l'emploi de ses clamps abrège la durée de l'opération, LEE répond que dans aucun des neuf cas où il a opéré, l'opération n'a duré plus de trois quarts d'heure.

MUNDÉ. — **Fibromes, hystérectomie.** La malade n'avait guère d'hémorrhagie, mais présentait des symptômes de compression.

Avec deux tire-bouchons, il fit sortir la tumeur et trouva un énorme pédicule, de 10 à 12 centimètres de diamètre ; il fit la ligature des vaisseaux ovariques des deux côtés ; puis il plaça une quadruple ligature autour de la tumeur, au-dessous de son équateur, et

en fit l'ablation. Puis il sépara le péritoine de la portion restante, et obtint ainsi un pédicule de grosseur convenable. Dans la figure que donne Mundé, on voit la ligature placée au-dessus de l'orifice interne de l'utérus.

Il planta des épingles au-dessus de la ligature, et cautérisa le moignon avec le Paquelin; enfin, il sutura le péritoine pariétal avec le moignon, au-dessous de la ligature. L'opérée se rétablit sans accident; les ligatures furent enlevées le 12e jour.

Polk décrit un procédé qu'il a employé deux fois.

Il fit sortir la tumeur, à l'aide de deux tire-bouchons, et jeta une ligature élastique autour de toute la masse; puis il fit une incision circulaire à peu près au milieu de l'utérus, et détacha le péritoine. En arrière et sur les côtés, il fut obligé d'enlever la couche musculaire externe avec le péritoine. Il évite ainsi de blesser le péritoine, les vaisseaux restent intacts et sous les yeux de l'opérateur. Il ampute la tumeur dans le sac ainsi formé; il lie les vaisseaux et cautérise le pédicule. Il enlève ensuite la ligature élastique temporaire, et suture le sac au péritoine pariétal avec un fort catgut, et à la paroi abdominale avec de gros fils.

Il bourre l'ouverture avec de la gaze iodoformée ou sublimée, et recouvre le tout du pansement ordinaire.

Hanks, président : **Grossesse compliquée par des tumeurs utérines.**

**Tumeur œdémateuse.** — On peut la nommer **tumeur inter-partum**; elle est le résultat de la compression subie par la partie inférieure de l'utérus; elle est plus ferme pendant la contraction, tandis que le fibrome reste dur dans l'intervalle des douleurs.

Le col œdématié se fond graduellement dans le corps de l'utérus; enfin, l'œdème n'apparaît qu'au moment du travail.

*Traitement.* — Placer la parturiente dans le décubitus génu-pectoral. Si cela ne suffit pas, on fera des mouchetures sur le col; la douche chaude et le bain de siège sont aussi fort utiles.

Hanks cite Levers, Duclos, Nagle, et R. Barnes (1) qui ont vu des cas de ce genre.

**Fibromes.** — Levers (*Guy's Hosp. Reports*, 1842) les a bien étudiés. L'auteur cite aussi Cazeaux et Tarnier, Ramsbotham, Danyau,

(1) Le cas de Barnes et un cas d'allongement hypertrophique du col, analogue à celui qu'il a figuré dans son traité d'obstétrique, p. 809. (A. C.)

Scanzoni, Fry, Lusk, Meigs, Bedford, Dewees, Kelley, Hunter, Hanks, Mundé, Warren, Foster, Van de Warker, Remy et Baker.

Cas I.—Deux fibromes (V. *Am. J. of obst.*, V, p. 74). Les tumeurs ont cessé de croître dès le 7e mois; accouchement à terme normal. Mère et enfant bien.

Cas II (inédit). — Parturiente de 40 ans, pluripare, accouchement au forceps, enfant vivant. Après la sortie du placenta, on reconnut un fibrome interstitiel aplati, dans la paroi péri-utérine. Hémorrhagie abondante, ergot. Femme morte de métrite puerpérale, le 4e jour.

Cas III.— Mme G..., 26 ans, seconde grossesse. A 3 mois, Hanks découvrit un fibrome sous-péritonéal situé dans la concavité du sacrum, utérus rétroversé. Décubitus génu-pectoral. Deux ans après, mêmes accidents, vomissement, rétroversion, etc. La tumeur augmente toujours pendant les deux ou trois premiers mois, puis reste indifférente, et ne gêne pas l'accouchement, mais elle doit être la cause de la rétroversion.

Cas IV. — Hanks appela Thomas en consultation; ils firent l'opération césarienne après la mort du fœtus, la femme mourut au bout de 2 jours.

Thomas est d'avis qu'il faut énucléer tous les fibromes du col qui gênent la sortie du fœtus. Hanks l'a fait une fois.

Cas V. — (*Am. J. of obst.*, XVI, p. 75.) Première couche.

Hanks réussit à repousser la tumeur au-dessus du détroit supérieur et à extraire le fœtus vivant avec le forceps.

A une seconde grossesse, consultation avec Lee et Thomas. On décida de laisser la grossesse suivre son cours. Lorsque Partridge l'assista dans son accouchement il ne put trouver aucune trace de la tumeur.

Cas VI. — Mme P..., enceinte de trois mois, plusieurs fibromes. dont un dans le col; avortement provoqué; rétablissement.

Cas VII. — La tumeur située en haut ne gêna pas l'accouchement.

Cas VIII. — Deux gros fibromes et plusieurs petits.

Hanks n'estime pas qu'ils puissent gêner la sortie du fœtus.

Virchow, Scanzoni, G. Hewitt, croient que les femmes affectées de fibromes ont peu de chance de devenir enceintes. Hanks a trouvé la stérilité chez 70 0/0 des femmes porteuses de fibromes, qui l'ont consulté.

Les femmes mariées et les femmes de couleur sont plus sujettes aux fibromes que les célibataires et les femmes blanches.

Les fibromes se logent le plus souvent dans la paroi utérine postérieure.

Le pronostic est sérieux, mais la tumeur peut subir une métamorphose rétrograde. Une malade du Dr C. E. Philips, arrivée au 7e mois de sa grossesse, fut si malade, qu'on provoqua l'accouchement prématuré. Plutôt que de s'exposer de nouveau aux tortures qu'elle a éprouvées dans sa première grossesse, elle préféra subir l'hystérectomie, qui réussit.

L'avortement, qui se produit parfois, est plus long et plus dangereux. Nauss a trouvé, à terme, une mortalité de 53 sur 228 cas. D'après Susserott, 53 mères et 66 enfants succombèrent, sur 147 couches ; sur ces cas, 20 fois le forceps fut appliqué, 20 fois on fit la version, 20 fois la délivrance artificielle fut nécessaire.

*Diagnostic.* — Souvent la tumeur masque les signes de la grossesse. L'utérus est inégalement développé, sa consistance est inégale.

Cancer. Cas I. — Dilatation lente, forceps; mère et enfant bien, accouchement à 8 mois et demi.

Cas II. — Dilatation digitale, peu de perte, accouchement spontané; enfant mort avant le début du travail. Quatre mois après, Hanks fit l'ablation, avec les ciseaux et le cautère, de tout le tissu malade.

Le Dr Kennedy, médecin de la malade, croit que le mal a fait de grands progrès pendant la grossesse.

Pronostic. — La malade a des chances d'avorter avant le 3e mois, ou vers cette époque. Si elle va au delà de 6 ou 7 mois, elle accouchera en général avant le neuvième mois révolu. De là, les dangers auxquels elle-même et son enfant sont exposés.

*Traitement.* — Lorsque le cancer ferme le canal du col de telle sorte que la dilatation ne peut pas se faire, ou que le vagin est occupé par une tumeur fixe, il faut enlever le tissu malade avec le couteau, les ciseaux, ou le cautère actuel, ou extraire l'enfant par la section et la gastrotomie après avoir surveillé la marche de la maladie, et son effet sur l'enfant; on doit parfois provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, ou employer un traitement palliatif, puis, appliquer le forceps, faire la version, ou l'opération césarienne.

Dans les derniers mois de la gestation, il faut surveiller attentivement et provoquer l'accouchement prématuré, quand les battements du cœur fœtal prouvent qu'il est près de succomber. Si la perte est fétide et le cancer mou, si la malade est cachectique, il faut enlever le plus possible du tissu malade. Philips (*Obst. Trans.*, XV, p. 67) recommande l'expectation autant qu'elle est possible sans danger ; il croit que la nature opère la dilatation lente du col ; mais chaque cas doit être jugé « d'après ses propres mérites ».

B. Hicks (*ibid.* XVIII, p. 86) ne suit aucune règle générale ; il se laisse guider par les indications.

*Résumé.* Œdème. Douches chaudes, position génu-pectorale, incision, s'il le faut.

Lee insiste sur l'importance du point d'insertion des fibromes. S'il sont situés de façon à empêcher la sortie du fœtus, il recommande l'opération césarienne. Parfois, on peut les écarter, et faire la version.

Situés sur le fond, ils causent des hémorrhagies, en gênant la contraction utérine et l'occlusion des vaisseaux.

Polk a été surpris d'entendre que l'un des fibromes a disparu pendant la grossesse. C'est généralement le contraire qui arrive : les fibromes s'accroissent pendant la gestation, puis diminuent après l'accouchement. Il s'accorde avec Hanks, pour préférer l'opération césarienne à la craniotomie.

Hunter a vu une tumeur ovarique pesant 40 livres, ne pas gêner l'accouchement.

Coe croit que les femmes atteintes de fibromes ne doivent pas se marier.

Mundé croit que, lorsqu'on peut par le toucher vaginal atteindre la tumeur, il faut l'énucléer. La statitisque prouve que c'est moins dangereux que de faire la version, la craniotomie ou l'éviscération.

Boldt, Mc Lean et Pirce ajoutent quelques mots.

*Séance du* 17 *janvier* 1888.

Nilsen présente des **tubes de verre pour les sutures de silk worm**. Suivant lui, ces fils, intestin du ver à soie, ne se brisent pas si l'on a soin de les ramollir, avant de s'en servir, dans une solution phéniquée à 5 0/0, et les nœuds ne glissent pas, si l'on ne les graisse pas.

A une question de Hanks, il répond qu'il est plus aisé de rendre

ces fils aseptiques que les autres, et qu'ils sont moins chers que le fil d'argent. — Le catgut disparaît, parfois, au bout de 3 jours.

Coe manifeste son étonnement : il a souvent retrouvé du catgut intact au bout de 7 jours.

*Discussion* : Harrison, Nilsen, Dudley.

H. C. Coe. **Grossesse extra-utérine méconnue jusqu'à la perforation du sac.** — La poche s'ouvrit dans le cul-de-sac péritonéal. La malade s'est remise.

Les points intéressants sont :

1° L'âge de la malade, 40 ans, et le fait qu'elle a été mariée 18 ans, sans devenir grosse.

2° L'absence complète des signes rationnels de la grossesse extra-utérine.

3° La sortie des os, dont le volume prouve que le fœtus avait 4 mois, et avait été retenu longtemps dans l'utérus.

4° La question du traitement, faut-il élargir l'ouverture spontanée, et faire des lavages, ou se borner à l'expectation, jusqu'au moment où apparaissent des symptômes urgents ?

*Discussion* : Morrill, Dudley, Coe, Hanks, Talbot.

Harrison. **Traitement de la pneumonie catarrhale chez les enfants.** — Harrison insiste sur la ventilation et la nécessité d'avoir un air pur et toujours renouvelé. « La pneumonie est due à une atmosphère impure, chargée de produits morbides. »

Le calomel peut quelquefois faire avorter la maladie et souvent en abréger la durée.

Il fait un grand éloge du maillot humide. Il prend un morceau de vieux linge, le plie en 6 ou en 8, le trempe dans l'eau froide, le serre, puis l'applique sur le thorax, et le couvre d'une flanelle.

Morrill est partisan de ce traitement, et il cite des cas de succès.

Fruitnight de même.

Jacobus demande si l'antipyrine peut rendre des services.

Harrison la croit peu sûre, quoiqu'elle fasse baisser la température.

Abbott préfère les applications humides et chaudes.

Coe emploie le carbonate d'ammonium et l'antifébrine avec succès. Il craint les émétiques, à cause de la dépression qu'ils produisent, mais les expectorants lui ont été utiles.

Dudley enveloppe la poitrine de l'enfant dans une feuille de taf-

fetas gommé, qui agit comme un cataplasme, et fait une bonne dérivation ; il la laisse 8 ou 10 jours.

GUNNING est assez sceptique à l'égard des remèdes depuis qu'il a fait vomir et qu'il a purgé des malades avec des tablettes de sucre. Il donne de l'aconit, de la bryone, la liqueur de Fowler, et la teinture de phosphore.

Sur une question de HARRISON, GUNNING dit qu'il verse 10 gouttes de la teinture d'aconit dans le tiers d'un verre d'eau, et en fait prendre une cuillerée à thé, de temps en temps.

HANKS a obtenu du maillot humide de fort beaux résultats dans le choléra des enfants.

HARRISON. — **Grossesse extra-utérine arrêtée par le galvanisme** au troisième mois.

*Discussion* : B. EMMET, GRANDIN, HANKS.

DUDLEY. **Accidents survenus à la suite d'injections de cocaïne.** — Il injecta 15 gouttes d'une solution à 10 0/0 et les malades tombèrent dans une dépression profonde.

GRANDIN et B. EMMET ont vu des accidents semblables.

HANKS a vu des malades prendre des crises hystériques, après une injection cocaïque.

MURRAY. **Tumeur kystique de l'aisselle chez un enfant.** — L'enfant avait 7 ans, l'opération, quoique difficile, réussit.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

*Séance du* 3 *novembre* 1887.

R. H. HAMILL. — **Fièvre puerpérale maremmatique simulant une septicémie**

HAMILL cite l'observation de F. Barker (*Am. J. of Obst.*, 1881). Douze heures après un accouchement survenu à 7 mois de grossesse, la malade eut une température de 38°,6, qui baissa de 1° le lendemain. Le troisième jour, elle eut un violent frisson, qui dura 20 minutes, et fut suivi d'un stade de chaleur et de sueur. Il apprit qu'elle avait habité une localité malsaine, et qu'elle avait eu des frissons et des sueurs. Le ventre, le vagin, les lochies, tout était normal, au point de vue puerpéral. Il lui fit prendre de fortes

doses de quinine, mais sans effet, jusqu'à ce qu'il lui eût prescrit la teinture de Warburg (1).

B. C. HIRST. **Cathétérisme des uretères.** — Grâce à cette opération, Hirst a pu, dans un cas qu'il cite, reconnaître que le pus venait des reins, que les deux reins étaient malades, le droit plus que le gauche, et que le gauche était affecté de pyélo-néphrite.

SCHIEDT. **Conduite à tenir dans les cas de « tête dernière ».** — Les anciens utilisaient l'expression, mais la mortalité des enfants était à peu près de 100 0/0. Plus tard, on voit paraître les méthodes de Mauriceau-Levret, de Smellie, Veit, de Braun, la manœuvre de l'école de Prague, etc. Cette dernière a été indiquée par Puzos, mort en 1753, bien avant Kiwisch, à qui on l'attribue.

Schiedt décrit ces diverses méthodes, trop connues pour qu'il soit nécessaire de les indiquer.

Quant au **forceps**, SCHRÖDER affirme qu'il ne peut pas amener un enfant vivant ; « Schauta dit que nous pourrions rejeter le forceps, « après l'essai des manœuvres, et avoir recours tout de suite à la « craniotomie. » Crédé a cependant sauvé, avec le forceps, 12 enfants sur 16. D'autres accoucheurs ont eu de bons résultats.

SCHIEDT conclut en faveur du forceps.

GOODELL : « Le forceps est le seul bon moyen dans les cas de tête dernière. »

M. PRICE n'a jamais perdu un enfant se présentant par le siège.

W. S. STEWARD **préfère les présentations du siège à celles de la tête.** Il n'a aucune difficulté à placer le forceps sur la tête dernière.

Tous les membres présents font l'éloge du forceps dans les cas où, dans un accouchement par le siège, la tête est retenue dans le bassin

MONTGOMERY. **Incision exploratrice.** — Montgomery trouva une grande quantité de liquide ascitique, et une tumeur ovarique papillomateuse, attachée à la paroi postérieure de l'utérus, qu'il ne put enlever. L'opérée se rétablit.

MONTGOMERY présente aussi un **fibrome intra-utérin** aussi gros qu'une orange. L'opérée est bien.

Il présente aussi un **hémato-salpinx** et un **fibrome utérin.**

(Résumé d'après *l'Am. J. of Obst.*, 1888, p. 302 à 323, par A. Cordes.)

---

(1) D'après Dorvault : aloès 4. Racine de zédoaire 4. Racine d'angélique, 0,10 ; Camphre, 0,10 ; Safran, 0,15 ; Alcool, 100 ; Sulfate de quinine, 2 (A. C.)

# REVUE DES JOURNAUX

**Des kystes ovariques intra-ligamenteux.** (Intra-ligamentary ovarian cysts), W. Goodell. — Les kystes intra-ligamenteux se distinguent par leur inclusion dans les feuillets du ligament large, par le nombre des bourgeons papillomateux qui émanent de la face interne de leurs loges, et surtout par les difficultés considérables que le chirurgien a à surmonter quand il procède à leur extirpation.

Sur leur pathogénie, l'accord n'est pas fait.

De Sinéty et Malassez paraissent disposés à admettre qu'ils sont le résultat d'une dégénérescence folliculaire de tissu ovarique supplémentaire, d'ovaires accessoires. 23 observations, recueillies parmi 600 autopsies, sont favorables à cette manière de voir (Weigel). Mais si elle fournit l'explication de deux caractères de ces kystes, multilocularité et revêtement péritonéal, elle n'explique pas la présence des excroissances papillomateuses internes qui n'appartiennent qu'aux vestiges des tubes glandulaires de la vie fœtale (organes de Rosenmüller, par exemple).

Pour Coblentz, ils dérivent des tubes glandulaires situés dans la région des ligaments larges limitée en haut par la portion interne de la trompe, en bas par le ligament de l'ovaire, en dedans par l'utérus, en dehors par le *parovarium*. Ce seraient de véritables kystes du ligament large. L'objection à cette théorie, c'est que les kystes du ligament large sont uniloculaires.

Enfin Doran, croit qu'ils proviennent, par transformation morbide, de vestiges fœtaux erratiques, perdus dans le hile de l'ovaire.

En résumé, ils ne représenteraient ni des kystes proprement dits des ligaments larges ni des dégénérescences kystiques d'ovisacs appartenant à des ovaires accessoires. Et leur origine mixte, vestiges fœtaux et tissu ovarique, expliqueraient ce triple caractère : *multilocularité, bourgeonnement papillomateux, capsule constituée par les ligaments larges.*

C'est surtout par leur mode de développement qu'ils intéressent le chirurgien. Au lieu de se porter vers la cavité péritonéale, ils

s'insinuent dans l'épaisseur du ligament large, en séparent les feuillets, et gagnent le plancher pelvien. Puis, ils soulèvent le péritoine, décollent successivement la portion de cette séreuse qui tapisse la vessie, la paroi abdominale, et contractent avec la couche musculaire de l'organe vésical, avec les éléments musculaires de la paroi abdominale des connexions intimes : de même, en se développant par en bas et vers la ligne médiane ils arrivent au contact de la matrice, puis la pénètrent, *il y a continuité et non pas seulement contiguïté de tissu*. A mesure qu'ils s'élèvent en avant, ils entraînent avec eux la vessie, tirent de plus en plus sur le feuillet antérieur du ligament large qui, distendu à l'excès, se déchire, et la tumeur devient alors intra-péritonéale. En bas et en arrière, ils soulèvent le cul-de-sac de Douglas, décollent le mésorectum, séparent les feuillets du mésentère, se fusionnent également avec l'intestin, compriment les uretères en donnant lieu parfois à de l'hydronéphrose et à des dégénérescences des reins qui réclament une action chirurgicale.

La principale circonstance qui marque leur mode de développement, c'est donc leur tendance non seulement à contracter des adhérences avec les organes avoisinants, mais à fusionner d'une manière intime avec eux. Elle rend en effet leur extirpation singulièrement laborieuse, exposant à des déchirures d'organes importants (vessie, rectum, vagin, uretères). C'est une des opérations, dans lesquelles les risques de voir la patiente succomber entre les mains du chirurgien, sont les plus grands.

*Diagnostic.* — Il faut soupçonner la présence d'un kyste intraligamenteux quand la matrice augmentée de volume et déjetée latéralement, paraît si intimement unie à un kyste au point de simuler une tumeur fibro-kystique de l'utérus; toutes les fois que le cathétérisme de la vessie montre que cet organe est allongé verticalement; quand la progression intra-pelvienne de la tumeur aplatit le rectum, ou efface le cul-de-sac postérieur et principalement quand cet effacement se produit du fait de la compression exercée par des kystes secondaires; lorsque la tumeur gêne l'acte de la défécation et de la micturition, quand elle s'accompagne de douleurs pelviennes extrêmes. Toutes les fois que la percussion donne de la sonorité en avant d'un kyste assez volumineux pour déjeter les intestins latéralement et, en conséquence, pour produire un son mat. Enfin, quand un kyste solidement fixé, affecte

une forme asymétrique et est plus développé d'un côté du bassin que de l'autre. (*The Am. J. of obst.*, 1888, janvier.)

---

**La craniotomie est-elle justifiable?** (is craniotomy justifiable. T. Readman, membre de la *British gynæcological Society*. — En France, la réponse n'est pas douteuse. D'ailleurs, il semble que de l'autre côté du détroit l'avis général soit identique. Car l'auteur s'élève vigoureusement contre la coutume, détestable d'après lui, des chirurgiens anglais, dans l'esprit desquels la section césarienne n'entre jamais avant qu'ils n'aient essayé de tous les autres moyens, la craniotomie y comprise «... *because cæsarean section never enters the minds of British surgeons until every other means, the perforator included, have been tried...* ».

Le réquisitoire lancé contre les partisans de la crâniotomie est vraiment implacable. Ils y sont mis presque en balance avec des matelots qui, dans un procès assez récent, furent condamnés à la peine de mort pour avoir, en pleine mer, jeté par-dessus bord un matelot malaisien, du nom d'Hassim, sous prétexte que cette mort importait à la sécurité de l'équipage. L'auteur cite *in extenso* les conclusions qui, dans cette circonstance, furent prises par le ministère public. Nous les reproduisons à titre de curiosité parce qu'elles mettent bien en relief l'enchaînement qui lie les diverses propositions de l'auteur. « Le devoir strict du jury est de juger les prévenus suivant l'esprit des lois qu'ils ont sous les yeux, lois qui sont celles de l'éternelle justice et du sens commun. Parmi les quatre chefs invoqués en faveur des prévenus, il y a les deux suivants, ils ont obéi à la nécessité, ils ont tué étant dans le cas de légitime défense. Or, les jurés voudront bien se souvenir que, dans une cause précédente, deux matelots qui, se trouvant en pleine mer et sans aucune ressource, avaient tué, pour ne pas mourir de faim, un de leurs compagnons, furent condamnés pour homicide volontaire. Prétendre que le capitaine et ses matelots, réunis en conseil, dans une cabine, aient eu le droit de décider que quelqu'un devait être tué parce qu'il était une cause de danger, sans que ce quelqu'un fût seulement entendu, serait une théorie monstrueuse. De plus, avant d'excuser ce qui a été fait, que les jurés n'oublient pas qu'ils doivent être pénétrés de la conviction que les accusés actuels se trouvaient dans un danger plus grand que les deux qui

poussés par la faim avaient tué leur compagnon. » La décision du jury fut que les prévenus étaient coupables d'homicide volontaire... etc.

« Les craniotomistes, continue l'auteur, sacrifient une vie pour en sauver une autre, c'est, disent-ils, affaire de nécessité. Mais l'opinion des accusés, condamnés pourtant comme meurtriers, était qu'ils avaient sacrifié une existence au salut de tout le reste de l'équipage.

Il semble quelque peu après cela, qu'il ne manque plus aux partisans de la craniotomie que la Cour d'assises, le jury..., l'accusation de fœticide volontaire... et la condamnation. C'est sans doute là un perfectionnement qui mettra quelque temps encore à s'accomplir! D'autant mieux que si l'auteur peut citer un certain nombre d'opinions favorables à sa manière de voir, « *je suis certainement convaincu, aussi bien par la lecture de certaines publications que par ce que j'entends de la bouche d'un certain nombre de praticiens, qu'il se commet avec la craniotomie un nombre injustifiable de fœticides* (L. Tait ».) ..., « *tout médecin qui détruit une existence d'enfant sans qu'il y ait évidence absolue que ce sacrifice soit la seule chance de salut pour la mère, est coupable de fœticide* » (Churchill), etc., il serait facile d'en opposer de contradictoires émises par des accoucheurs éminents : « *aussi longtemps que, sous le rapport de la mortalité maternelle, la section césarienne donnera un chiffre double de celui de la perforation ou de l'accouchement prématuré, on n'est pas en droit d'affirmer que la première de ces opérations doit être entièrement substituée à la perforation pratiquée sur l'enfant vivant* » (Wyder). Après avoir énoncé les résultats obtenus par la basiotripsie qui, pratiquée 49 fois dans les divers services d'accouchements des hôpitaux de Paris, a donné 49 succès, Pinard concluait de la manière suivante : « *Jusqu'à ce que la césarienne offre de pareils résultats, je la considérerai comme une opération de nécessité à laquelle on est forcé de recourir dans les rétrécissements les plus extrêmes. Au-dessus de cette limite, il faut s'en tenir à la basiotripsie qui, pratiquée dans les règles et avec l'antiseptie la plus rigoureuse, n'expose la femme à aucun des accidents que lui font courir les laparotomies les mieux conduites (traumatisme, schok, hémorrhagies, etc.). Les suites*

*de couches sont celles d'un accouchement physiologique*, etc. ».

Sans doute, des statistiques récentes ont déterminé un revirement très marqué en faveur de l'opération césarienne, et en France, comme dans les autres pays, on a entrepris l'opération avec une grande confiance. Mais déjà l'enthousiasme s'est quelque peu attiédi. Pour mon compte, j'ai vu deux femmes chez lesquelles l'opération a été pratiquée, non pas en dernier ressort, mais dans des circonstances aussi favorables que possible. Elle avait été prévue, décidée comme méthode de nécessité par l'un des opérateurs, comme méthode de choix par l'autre. Et certes on n'attendit pas l'épuisement de la femme pour intervenir. Les deux opérateurs étaient des accoucheurs éminents, expérimentés, qui s'appliquèrent à assurer à leurs clientes les avantages qu'assure d'ordinaire une antisepsie parfaite. Or, l'une des opérées mourut d'hémorrhagie interne, environ deux heures après l'intervention. Quant à l'autre que je vis agonisante, elle succomba le 4e ou 5e jour à des accidents de péritonite sans que la nécropsie qui fut minutieuse, ait révélé aucune trace de septicémie.

Voilà qui certes est moins encourageant que les résultats admirables et fort enviables obtenus par Sänger.

Sans doute, quand on songe aux 49 mères auxquelles Pinard faisait allusion, on ne peut se défendre de penser au 49 enfants irrémédiablement sacrifiés. Certes nous avons parfaitement conscience de la légitime et profonde satisfaction que doit ressentir celui qui a pu sauver les deux existences. Et, plus d'une fois, en lisant les comptes rendus de sociétés étrangères, il nous est arrivé d'envier tel ou tel opérateur qui, comme Schröder, par exemple, pouvait présenter à ses collègues un magnifique nouveau-né, pesant près de 4 kilos, sauvé par l'opération césarienne, et annoncer en même temps que la mère était parfaitement rétablie après les suites opératoires les plus simples.

Mais les insuccès dont on a été témoin diminuent singulièrement la confiance qu'inspirent les succès lointains.

Quoi qu'il en soit nous n'aurions garde de ne pas exprimer avec l'auteur, l'espoir qu'un jour viendra où l'on ne parlera plus de la craniotomie qu'à titre de détail historique. La première phase de cette révolution obstétricale a paru se dessiner. Mais, avant qu'elle se soit définitivement accomplie et que les principes sur lesquels elle se fera soient devenus des principes de pratique

générale, il faut qu'ils reçoivent dans les maternités, dans les services d'accouchement, une sanction formelle.

En attendant, les praticiens ont, croyons-nous, toute faculté de s'en tenir au sens de la question posée au prof. Stolz par le prof. Pajot : « *j'ignore s'il est assez heureux pour avoir des enfants. S'il avait une fille avec un bassin de moins de* 5 *cent.* (il est de ces êtres disgraciés doués de toutes les qualités du cœur et de l'esprit) *attendrait-il le terme de la grossesse pour lui ouvrir le ventre, ou la ferait-il avorter ?* » Et, la grossesse étant à terme, ils auront droit à quelque indulgence, si en raison de la diversité des opinions et du désaccord des statistiques, ils ne donnent pas la préférence à l'opération césarienne.

Où nous tombons tout à fait d'accord avec l'auteur, c'est quand il indique la nécessité d'examiner, deux mois au moins avant le terme de la grossesse, toute femme enceinte pour se rendre bien compte des difficultés et des dangers qu'entraînerait un accouchement à terme. Ce qu'il dit des avantages de l'accouchement prématuré, provoqué quand l'enfant est viable, toutes les fois qu'une déformation pelvienne ou telle autre cause de dystocie pourrait empêcher l'accouchement à terme, nous paraît inattaquable.

Ce sont là du reste des notions que, depuis nombre d'années, les maîtres de l'obstétrique française se sont efforcés de vulgariser. De plus en s'appliquant, avec succès, à perfectionner les moyens d'élever les enfants avant terme (couveuse, gavage), ils ont étendu le champ des indications de l'accouchement prématuré (The Provincial med. Journ., mars 1888).

Dr R. Labusquière.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## DES PRINCIPAUX TRAVAUX AFFÉRENTS A LA GYNÉCOLOGIE, A L'OBSTÉTRIQUE ET AUX NOUVEAU-NÉS (1)

### I. — OBSTÉTRIQUE

**Anatomie obstétricale.**— *Considérations sur quelques dispositions du placenta dans son insertion vicieuse.* Mirassou-

(1) Nous commençons aujourd'hui les publications de l'Index bibliogra-

NOUQUÉ. Th. de Paris, mars 1888. — *Détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical.* VARNIER. Th. Paris, mars 1888. — Insertion vélamenteuse du cordon. *Archives de toc.*, 1888, n° 1, p. 57. — Placenta avec cotylédon supplémentaire. SECHEYRON. *Archiv. de toc.* 1888, n° 1, p. 57. — *Segment inférieur de l'utérus.* DEMELIN. Th. de Paris, mars 1888. — *Segment inférieur de l'utérus.* GRESLOU. *Arch. de toc.*, 1888, n° 2, p. 104. — D'un état anormal de l'utérus pendant les premiers mois de la grossesse (An unusual condition of the uterus in the early months of pregnancy). HANDFIELD-JONES. *Edinb. med. Journ.*, 1888, p. 790. — Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse. VARNIER. *Ann. de Gyn. et d'obst.* janvier 1888, p. 431.

**Fœtus.** — Jusqu'à quel point le liquide amniotique est-il un moyen de nutrition pour le fœtus? (In wie weit ist das Fruchtwasser ein Nahrungsmittel für die Frucht?). F. AHLFELD. *Zeit. f. Geb. u. Gynäk.*, 1888, B. XIV, Hft. 2, p. 404.

**Grossesse.**— Avortement à 4 mois. AUVARD. *Arch. de toc.*, n° 2, 1888, p. 119. — *Du décollement prématuré du placenta, inséré normalement, pendant les trois derniers mois de la grossesse.* N. MOREAU. Th. de Paris, février 1888. — Grossesse compliquée par des tumeurs de l'utérus (Pregnancy complicated by uterine tumours). T. HANKS. *Am. J. of Obst.*, 1888, p. 242. — De l'exploration clinique du segment inférieur de l'utérus avant et après l'accouchement. E. BLANC. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1888, n° 1, p. 13.

---

phique qui terminera dorénavant le troisième numéro de chaque trimestre. — Il comprend l'indication des travaux parus dans les journaux suivants : *Annales de gynécologie et d'obstétrique; Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie; Archives de tocologie; Revue de chirurgie; Lyon médical; Cent. f. Gynäk.; Arch. f. Gynäk.; Zeits. f. Geb. u. Gynäk; Am. J. of Obst.; The Boston med. and surg. J.; Brit. med. Journ.; Edinb. med. Journ.; Dub. med. Journ.; Gazette hebdomadaire; Gazette médicale de Paris; Journal d'accouch. de Liège; Ann. univers. di med. e chirurgia; Ann. di obst. e ginecologia*, et les thèses relatives aux mêmes questions, soutenues à la Faculté de Paris, depuis le 1er janvier 1888.

**Accouchement.** — De la troisième période du travail (On the third stage of Labour). F. BARBOUR. *Brit. m. Journ.*, 1888, n° 1415, p. 284. — *Essai clinique sur les variétés défléchies des présentations de la face, présentation du front.* CAZALS. Th. Paris, février 1888. — Du traitement de la délivrance dans les accouchements normaux (Die Behandlung der Nachgeburt bei regelmässigen Geburten). CRÉDÉ. *Arch. f. Gynäk*, 1888, Bd. XXXII, Hft. 1, p. 96.

**Accouchement compliqué.** — Du rétrécissement mitral pendant le travail et les suites de couches, avec tracés sphygmographiques (Mitral Stenosis in labour and the puerperium with sphygmographic tracings). W. BALLANTYNE. *Edinb. med. Journ.*, mars 1888, p. 796. — Troisième période du travail et rétrécissement mitral (Mitral stenosis and the third stage of Labour). B. HART. *Edinb. med. Journ.*, février 1888, p. 705.

**Grossesse extra-utérine.** — Rupture du sac dans les premiers mois de la gr. tubaire (Rupture of the sac in the earlier stages of tubat pregnancy). J. SAINCLAIR. *Brit. med. J.*, 1888, n° 1412, p. 127. — Rupture du sac dans un cas de grossesse extra-utérine, laparotomie (Ruptured extra-uterine gestation, successfully treated by abdominal section). J. Mc NAUGHT. *Brit. m. Journ.*, 1888, n° 1412, p. 129.

**Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.** — Des relations de l'albuminurie avec les maladies du placenta, W. WIEDOW. *Zeit. f. geb. und Gynäk.*, 1888, B. XIV, Hft, 1, p. 386. — Aphasie puerpérale (On puerperal Aphasia). BATEMAN. *Brit. m. Journ.*, 1888, n° 1414, p. 237. — De l'entrée de l'air dans les veines de l'utérus dans le cas de placenta prævia (Ueber den Lufteintritt in die Venen des uterus bei Placenta prævia. A. KRAMER. *Zeit. f. Geb. u. gynäk.*, 1888, B. XIV, Hft. 2, p. 489. — *Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie.* HOCQUET. Thèse de Paris, janvier 1888. — Hydramnios (Hydramnios). W. INGALLS. *The Bost. Med. and Surg. J.*, 1831, n° 1, p. 13. — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hydramnios. P. MANTEL. *Arch. de Toc.*, 1888, n° 2, p. 46. — *Pathologie nerveuse des varices chez les femmes en-*

*ceintes*. LEONARDT. Th. de Paris, janvier 1888. — Péritonite *ante partum* (Peritonitis ante partum). J. GOW. *Edinb. med. Journ.*, janvier 1888, p. 600. — De la scarlatine pendant les suites de couches (Ueber Scharlach bei Wöcherinnen. L. MEYER. *Zeit. f. Geb. u. gynäk.*, 1888, Bd. XIV, H. 2, p. 289. — Thrombus de la vulve et du vagin, N. PERREYMOND. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1888, p. 97. — *Phlébite variqueuse post-puerpérale*. VILON. Th. Paris, avril 1888.

**Thérapeutique et antisepsie**. — Créoline, en tant que moyen de désinfection en obstérique (Das Creolin, ein zweckmässiger Desinfectionsmittel für die Geburtshilfe). KORTUM. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 6. — *Du traitement des végétations des organes génitaux externes*. REBILLARD. Th. de Paris, février 1888. — Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus. E. BLANC. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1888, p. 175. — Sur la technique des injections d'ergotine (Zur Technik der Ergotiningektionen). F. ENGELMANN. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 1, p. 3. — Sur la technique des injections d'ergotine (Zur Technik der Ergotiningektionen). SCHUCKING. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 8. — Hypnotisme et suggestion en obstétrique. AUVARD et SECHEYRON. *Arch. de tocol.*, 1888, n° 1, p. 27. — Un cas d'intoxication par le sublimé, suivie de mort (Ein Fall von Sublimatintoxikation mit tödlichem Ausgang). STEFFECK. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 5.

**Dystocie**. — Un cas d'accouchement dans un bassin cyphotique (Note of a case of labour in a kyphotic pelvis). BREWIS. *Edinb. med. Journ.*, février 1888, p. 700. — Deux cas de dystocie par brièveté du cordon (Two cases of labour, complicated by shortness of the cord.). W. FELKIN. *Edinb. med. Jour.*, 1888, p. 692. — Contribution à l'étude du traitement du placenta prævia (Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta prævia). OBERMANN. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXII, Hft. I, p. 122. — Complication de l'insertion vicieuse du placenta. PORAK. *Nouv. arch. d'obst et de gyn.*, 1888, n° 3, p. 97. — De la statistique et du traitement du placenta prævia (Zur Statistik und Therapie der Placenta prævia). A. NORDMANN. — Placenta prævia. R. BARNES. *Brit. med. Journ.*, 1888, n° 1,418, p. 458.

**Opérations obstétricales.** — *Applications du forceps au détroit supérieur.* LEPAGE. Th. de Paris, mars 1888. — *De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement.* WISARD. Th. de Paris, mars 1888. — Accidents provoqués par les injections intra-utérines. A. MANGIN. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1887, n° 12, p. 543. — Laparotomie primitive dans la grossesse extra-utérine (Primary laparotomy in extra-uterine pregnancy). R. HARRIS. *Am. J. of Obst.*, 1888, p. 289. — Manœuvre de Ribemont-Dessaignes. A. PINARD. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1888, p. 162. — Perforation, accouchement prématuré et section césarienne dans leur rapport avec le traitement des bassins retrécis (Perforation, Künstliche, Frühgeburt und Sectio cæsarea in ihres Stellung zur Therapie beim engen Becken). TH. WYDER. *Arch. f. Gynäk.*, 1888, Bd. XXXII, Heft, I, p. 1. — Traitement de la tête dernière (The treatment of the after coming head). PH. SCHIEDT. *Am. J. of Obst.*, 1888, p. 282.

**Nouveau-né.** — Abcès multiples chez les nourrissons. A. ROULLAND. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1888, p. 81. — Note sur une tumeur du cordon ombilical. P. BUDIN. *Arch. de toc.*, 1888, n° 1, p. 41. — De la prophylaxie des maladies infectieuses des yeux pendant la première semaine de l'existence (Die Verhütung der infectiösen Augenerkrankungen in den ersten Lebenswoche). F. AHLFELD. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1888, B. XIV, Hft. 2, p. 435. — Kystes de l'hymen chez les nouveau-nés (Ueber Cysten in Hymen Neugeborener). R. ZIEGENSPECK. *Arch. f. Gynäk.*, 1888, Bd. XXXII Hft. I, p. 159. — De l'œdème des nouveau-nés. L. DUMAS. *Ann. de gyn. et d'obst.*, p. 401, janvier 1888.

**Appareils.** — Un nouveau bout de sein. Dr SMESTER. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1888, p. 189.

**Statistiques des Maternités.** — De la morbidité et de la mortalité dans les maisons d'accouchements de la Russie européenne de 1875-1885 compris (Ueber die Erkrankungen und die Sterblichkeit in den Gebäranstalten des europaïschen Russlands

während der zeit 1875–1885 incluse). J. JACOUB. *Zeit. f. Geb. u. gyn.*, 1886, B. XIV, Hft. 2.

**Médecine légale.** — De quelques relations de l'infanticide avec l'obstétrique et la médecine légale (Some of the obstetric and legal relations of infanticider). DRAWPER. *The Bost. Med. u. Surg. J.*, 1888, n° 1, p. 7. — Considérations médico-légales sur les écoulements liquides provenant de l'utérus. A. LEBLOND et BAUDIER. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, 1888, janvier, p. 416.

## II. — GYNÉCOLOGIE

**Paroi abdominale.** — Tumeurs de la paroi abdominale sur Casuistik der Bauchdecken Tumoren. L. FURST. *Zeit. f. Geb. u. Gynäk.*, 1888, B. XIV, Hft. 2, p. 413.

**Vagin.** — Absence congénitale du vagin. A case of congenital absence of the vagina with retention of menstrual fluid. J. S. et A. S. Mc MURRAY. *Am. J. of Obst.*, p. 239.

**Utérus.** — Béance du canal utérin, l'utérus étant fléchi (Patency of uterine canal as affected by flexion of the uterus). G. HEWITT. *Brit. m. Journ.*, 1888, n° 1418, p. 461. — De l'adénome du col, suspect et malin (Ueber suspectes und malignes Cervix-Adenom). L. FURST. *Zeit. f. Geb. a. Gynäk.*, B. XIV, Hft. 2, p. 352. — Relations étiologiques entre les déchirures du col et les maladies de l'utérus (The etiological relation of cervical laceration to uterine disease). B. WELLS. *Am. J. of Obst.*, 1888, p. 257. — Contribution à l'étude des anomalies de l'utérus. (Beitrag zur Frage über die Anomalien des Uterus), G. LITSCHKUS. *Zeit. f. Gynäk.* Bd. XIV, Hft. 2, p. 369. — De l'absence de la matrice le vagin étant normal (Zur Kasuistik des totalen Mangels der Gebärmutter bei normaler Vagina). STEINSCHNEIDER. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 4. — De l'Endométrite au point de vue anatomo-pathologique. MOUCHET. Th. de Paris, janvier 1888. — Du diagnostic et du traitement des maladies de l'endometrium (The diagnosis and treatment of diseases of the endomotrium). W. SMELLY. *Brit. m. Journ.*, 1888, n° 1415, p. 2888. — Thérapeu-

tique comparative des fibromes de l'utérus. *Nouvelles arch. d'obst. et de Gyn.*, 1887, n° 12, p. 344. — Notes sur les versions et flexions de l'utérus (Note on uterine versions and flexions). M. JACOBI. *Am. J. of Obst.*, 1888, p. 225. — Traitement chirurgical de la rétroversion-flexion de l'utérus (Uber operative Behandlung der Retroversio-flexio uteri). SANGER. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, nos 2 et 3. — *Indications et technique du curettage utérin.* DESPREAUX. Th. de Paris, février 1888.

**Annexes de l'utérus.** — Kyste de l'ovaire dans le ligament large. TERRILLON. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1888, p. 128. — Kystes ovariques intra-ligamenteux (Intra-ligamentary ovarian cysts). W. GOODELL. *Am. Journ. of obst.*, 1888, n° 1. — Structure et pronostic des kystes para-ovariens. TERRILLON. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1888, p. 117. *Les Salpingites.* — LAVIE. Th. de Paris, Janvier 1888. — Salpingite interstitielle (Interstitial Salpingitis). BOLDT. *Am. J. of obst.*, 1888, p. 122. - Note sur un cas d'hydro-salpingite. G. APOSTOLI. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1888, n° 2, p. 86. — Sténose et dilatation tubaires comme cause d'hémorrhagie intra-péritonéale (Tubal distension and structure, a cause of intra-péritonéal hæmorrhage). S. STEVENSON. *Edinb. med. Journ.*, mars 1888, p. 809.

**Organes urinaires.** — *Contribution à l'étude de l'urétrocèle vaginale.* BRISSON. Th. de Paris, février 1888.

**Thérapeutique et opérations gynécologiques.** — Cinq cas d'ablation des annexes de l'utérus (Removal of the uterine appendages). D. JONES. *Am. J. of Obst.*, 1888, p. 158. — *De l'antisepsie en gynécologie.* LOPPE. Th. de Paris, mars 1888. — *De l'hystérotomie vaginale.* SECHEYRON. Th. de Paris, janvier 1888. — Des résultats immédiats et définitifs des opérations de prolapsus (Ueber die primären und definitiven Resultate der Prolapsoperation), E. COHN. *Zeit. f. Geb. u. Gynäk.*, 1888, Bd. XIV, Hft. 2, p. 500. — *Du curage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus.* BOUREAU. Th. de Paris, mars 1888. — Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par l'électricité

(Treatment of fibroid tumors by electricity). V. SCOTT. *Am. J. of Obst.*, 1888, p. 270. — Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par l'électricité (The treatment of fibroid tumours of the uterus by electricity). S. KEITH. *Edinb. med. Journ.*, février 1888. p. 688. — Du curage dans l'endométrite. BOURREAU. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1888, nº 2, p. 61. — De l'emploi des mèches iodoformées (Ueber Iodoformdocht). CHROBAK. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, nº 1. — De l'emploi des mèches iodoformées (Ueber iodoformdocht). GERSUNY. *Cent. f. Chirurg.*, 1888, nº 31. — Travail d'une année en fait de laparatomie (A year's work in laparatomy). P. MUNDÉ. *Am. J. of Obst.*, 1888, p. 15. — Des avantages relatifs de l'électrolyse et de la dilatation rapide de la stérilité et dysménorrhée (The relative merits of electrolysis and rapid dilatation in the treatment of sterility and dysmenorrhea). H. FRY. *Am. J. of Obst.*, 1888, p. 40. — Thérapeutique intra-utérine. POULLET. *Lyon méd.*, 1888, nº 8, p. 273. — *Traitement du cancer de l'utérus.* POZZI. Th. de Paris, 1888.

**Troubles divers d'origine génitale.** — *De la mélancolie survenant à la ménopause.* BRUANT. Th. de Paris, mars 1888. — *Du vomissement utérin en dehors de la grossesse.* LAMY. Th. de Paris, février 1888. — *Troubles viscéraux d'origine menstruelle.* GRATTERY. Th. de Paris, mars 1888.

*(A suivre).*

*Le Gérant :* A. LEBLOND.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## LEÇONS SUR LES PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Par M. **Trélat**

Professeur de clinique chirurgicale à la Charité

Recueillies et rédigées par M. le Dr BARETTE, chef de clinique chirurgicale.

### PREMIÈRE LEÇON (1)

SOMMAIRE : Deux cas de prolapsus utéro-vaginal, l'un chez une multipare l'autre chez une nullipare. — Rôle de l'effort dans la production des prolapsus. — Epoques variées de la vie de la femme auxquelles on les voit apparaître : chez les vierges, pendant la grossesse, après l'accouchement. — Dans la plupart des cas le prolapsus débute brusquement à la façon d'une hernie. — Les prolapsus se combinent et se compliquent : prolapsus vaginaux purs ; utéro-vaginaux ; cystocèles; rectocèles ; prolapsus avec déviations utérines ; avec hypertrophies utérines.

A plusieurs reprises j'ai eu l'occasion de parler, dans mon enseignement, des déplacements que l'on peut observer du côté des organes qui remplissent le petit bassin chez la

(1) 20 mai 1887.

femme : l'utérus, le vagin, le rectum, la vessie. Des faits nouveaux se sont présentés à notre observation et je crois le moment venu de grouper tout ce que j'ai pu recueillir, et de vous exposer ma doctrine sur ce point de la chirurgie gynécologique. Ce n'est pas sans intention, que j'ai adopté le terme général de *prolapsus génitaux* au lieu de placer successivement en tête de chaque leçon, prolapsus utérin, ou vaginal, cystocèle ou rectocèle. C'est qu'en effet je vous démontrerai que dans un bon nombre de cas, ces divers déplacements, trop artificiellement séparés par les pathologistes, ont entre eux des liaisons étroites ; ils peuvent exister isolément, fait rare; le plus souvent ils se complètent, se succèdent et s'aggravent les uns les autres.

Je désire d'abord vous entretenir de deux malades fort analogues au point de vue des lésions de leurs organes pelviens, fort dissemblables si l'on considère le mode pathogénique qui a dû présider à leurs déplacements. Toutes les deux sont atteintes de *prolapsus vaginal avec cystocèle et rectocèle.*

### Observation I

La première est une femme de 45 ans, M... Palmyre, journalière, grande, vigoureuse, assez bien conservée. Elle n'a jamais fait d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans. Réglée à 12 1/2, mariée à 18 ans, elle est accouchée 18 fois. Elle eut son premier enfant à 19 ans ; il y a vingt-six ans ; quatre ans après elle faisait une fausse couche à 2 mois 1/2; elle a eu son dernier enfant il y a dix-huit mois. Tous ces accouchements furent normaux et faciles, seul l'avant-dernier, il y a trois ans, offrit une certaine difficulté due à une présentation vicieuse. Aujourd'hui cette femme est venue nous demander la guérison d'un abaissement de tout son appareil génital : voici l'histoire de ce déplacement. Six semaines après le premier accouchement, à la suite d'un effort violent, elle ressentit une forte douleur dans l'abdomen; elle raconte qu'une masse arrondie du volume d'une tête d'enfant à terme vint faire saillie à la vulve, et qu'une sage-femme aussitôt appelée la réduisit. Elle se présenta ensuite à la consultation du

Bureau central où on lui donna un pessaire. Depuis cette époque elle raconte qu'à l'occasion de fatigues exagérées ou d'efforts accentués, le prolapsus utérin se reproduit. Nous avons constaté par le toucher que le vagin est lâche, flasque et notablement large ; le col utérin est normal, l'utérus est extrêmement mobile, il s'abaisse facilement par la palpation hypogastrique ou en provoquant quelques efforts. Quand la malade est placée dans la position du spéculum et qu'elle fait un léger effort, l'orifice vulvaire est distendu par deux saillies arrondies antérieure et postérieure dues à la cystocèle et à la rectocèle, quand on les écarte l'une de l'autre on ne tarde pas à voir le col utérin très rapproché par conséquent de la vulve. L'utérus est à peine augmenté de longueur ou de volume, il mesure 7 centim. 1/2, à l'hystéromètre ; la muqueuse vaginale est parfaitement saine. La malade accuse une sensation de pesanteur très pénible pendant la marche ; il n'y a pas de troubles de la miction ni de la défécation, mais les relations sexuelles sont douloureuses et les moindres fatigues exagèrent maintenant tous les symptômes.

Voici donc un déplacement datant de 26 ans environ, dans lequel les dimensions de l'utérus ne sont pas augmentées ; ce déplacement, malgré l'emploi des pessaires, est devenu de plus en plus pénible ; ceux-ci après avoir donné quelques bénéfices sont maintenant non seulement insuffisants, mais encore difficiles à supporter. Qu'allons-nous faire ?

Autrefois on se serait contenté de l'application d'un moyen de contention spécial, le pessaire Gariel formé comme chacun sait d'une poire de caoutchouc que l'on distend avec de l'air une fois qu'elle est introduite dans le vagin. Aujourd'hui nous avons des moyens plus efficaces pour remédier à ces prolapsus ; la chirurgie opératoire plus hardie, appuyée sur une antisepsie aussi parfaite que possible, nous donne de multiples ressources. Nous allons essayer, chez cette malade, de reconstituer des parois vaginales capables de fournir quelque appui aux organes ; dans un premier temps nous exécuterons chez elle l'élytrorrhaphie antérieure (1) et dans un se-

(1) L'opération a été pratiquée le 18 mai 1887. L'asepsie du vagin avait été

cond temps nous pratiquerons la colpo-périnéorraphie attaquant ainsi successivement la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin, du côté de la cystocèle et du côté de la rectocèle.

### Observation II

Notre seconde malade, M... Blanche, 22 ans, lingère, est entrée le 7 mai 1887 et est couchée au n° 1 de la salle Ste-Catherine. C'est une jeune femme, grande, blanche, à chairs un peu molles, mais cependant d'aspect agréable. Sa mère morte à 32 ans, aurait porté un pessaire, nous dit-elle, elle a une sœur très bien portante. Habituellement constipée depuis son enfance elle a été règlée à l'âge de 16 ans; depuis elle a vu régulièrement. Légères pertes blanches dans les époques intercalaires. A l'âge de 18 ans, il y a 4 ans, elle fut violemment déflorée. Une hémorrhagie abondante se produisit, les parties génitales furent très tuméfiées et elle ne fut rétablie qu'après trois semaines de traitement par les bains et l'application de poudres. Un an après, il y a trois ans, elle présentait des symptômes manifestes de syphilis et elle était traitée à la Charité pendant trois semaines pour une roséole généralisée, elle est encore en puissance de syphilis, car il y a quatre mois elle a eu un psoriasis palmaire et plantaire incomplètement guéri aujourd'hui.

Il y a deux ans, en juillet 1885, elle fait une fausse couche de trois mois, et se relève après quinze jours de lit sans la moindre complication. Aujourd'hui elle se présente à nous avec un prolapsus utérin léger accompagné de rectocèle et de cystocèle; la rectocèle elle-même est compliquée de prolapsus rectal. L'histoire de ces multiples déplacements est assez difficile à saisir chez no-

---

obtenue au moyen d'injections quotidiennes au biiodure de mercure à 0,05 pour 1000 et de tamponnements à la gaze iodoformée. Quatre pinces à griffes fixant les extrémités des diamètres du losange d'avivement furent placées perpendiculaires entre elles, sur la muqueuse de la paroi antérieure du vagin. Le large losange circonscrit par une incision fut rapidement disséqué; des points de fil d'argent fin réunirent les côtés droits et gauches du losange suivant une ligne antéro-postérieure; deux points de fil de soie complétèrent l'affrontement des angles. Il n'y eut aucune réaction fébrile, quatre jours après on enlevait le premier pansement, formé de gaze iodoformée et quelques fils. Le reste était enlevé le huitième jour. Résultat parfait.

tre malade. Il y a deux ou trois ans, dit-elle, à la suite d'une constipation opiniâtre elle aurait constaté deux ou trois fois le prolapsus du rectum. Depuis sept mois le déplacement se serait produit plus fréquemment et surtout depuis quelques semaines, à chaque selle, sous l'influence du moindre effort le prolapsus se produit et s'accompagne parfois d'une légère hémorrhagie et d'une expulsion de matière glaireuse, gélatiniforme.

L'examen de notre malade révèle des particularités intéressantes. La vulve est normale d'aspect, plutôt petite que grande. Le corps périnéal ne forme plus un plan résistant solide et ferme; il est réduit à une bande mince et étroite; dont les doigts placés dans le vagin et l'anus perçoivent nettement la débilité. L'orifice anal est manifestement relâché, on déplisse très facilement les plis radiés et l'index s'y introduit aisément.

Le col utérin n'est point déformé, l'utérus mesure 72 millim. à l'hystéromètre. Si l'on provoque des efforts, on voit le périnée se bomber comme dans la période d'expulsion d'un accouchement normal, la vulve se dilate légèrement et on voit se dessiner dans le champ de l'orifice deux saillies séparées par un sillon transversal, saillies qui appellent immédiatement l'idée de cystocèle et de rectocèle. Cette dernière est même beaucoup plus prononcée et tandis qu'elle s'accuse on voit sortir par l'orifice anal un bourrelet muqueux qui atteint bientôt 4 et 5 centimètres. Ce prolapsus rectal peut même, dans la position accroupie, acquérir le volume d'un œuf de poule. Le doigt introduit dans le vagin sent le col utérin descendre de 3 à 4 cent. pendant les efforts. Ce signe d'accord avec la mensuration qui nous a indiqué un utérus peu augmenté de longueur, permet d'affirmer la simplicité de ce prolapsus. Quant à la cystocèle, à la rectocèle, elles n'en sont pas moins réelles, la sonde introduite dans la vessie doit être dirigée en bas et on la perçoit à travers la paroi vésico-vaginale saillante, le doigt introduit dans l'anus se recourbe pour pénétrer dans la rectocèle. Cependant il y a là une particularité : quand le prolapsus rectal se produit par l'anus, la rectocèle, cela est facile à comprendre, disparait aussitôt, et il ne reste qu'une saillie formée par le prolapsus de la paroi vaginale postérieure (1).

---

(1) La cautérisation linéaire verticale du prolapsus rectal a agi très favorablement chez cette malade.

Ces deux malades, messieurs, sont presque identiques ; la première, celle de 45 ans a un prolapsus du vagin avec cystocèle et rectocèle, mais elle a eu 18 enfants. La seconde a aussi un prolapsus avec cystocèle et rectocèle, mais elle n'a jamais eu de grossesse conduite à terme, l'une à eu 18 accouchements normaux, l'autre a fait une fausse couche à 3 mois, son utérus a un aspect virginal. En quoi, et pourquoi cette femme est-elle intéressante ? C'est qu'elle est jeune et en réalité nullipare ; c'est qu'il paraît difficile d'expliquer comment et pourquoi les déplacements multiples qu'elle présente, se sont produits.

Il semble, au premier abord, que chez les multipares, chez notre malade aux 18 enfants, les grossesses multiples, les accouchements répétés donnent l'explication banale de la production des prolapsus. Tous les tissus du petit bassin se relâchent progressivement, dit-on, les canaux distendus s'élargissent, leurs parois obéissent à l'action de la pesanteur et peu à peu la déformation se produit ; le travail, la marche, les efforts, la constipation, une nouvelle grossesse, de nouveaux accouchements augmentent peu à peu les lésions produites.

Et d'abord comment adapter cette donnée pathogénique à notre jeune malade qui n'a pas eu d'enfants ? Il y a plus, je ne puis voir dans la multiplicité des accouchements la raison suffisante des prolapsus ; beaucoup de multipares n'ont jamais de déplacements utéro-vaginaux, Je veux bien que l'accouchement répété établisse une prédisposition ; que l'augmentation de volume de l'utérus qui en résulte parfois, que le relâchement des ligaments utérins et des adhérences des organes génitaux profonds avec l'intestin et la vessie puissent être incriminés comme causes prédisposantes. Je veux bien et j'admets même que les liens anatomiques quels qu'ils soient, qui fixent les organes du petit bassin soient naturellement, congénitalement, ou par suite de grossesses ou d'accouchements, devenus trop faibles ; qu'ils ne fixent plus bien l'utérus ou le vagin ; mais, je crois qu'il y a encore

un autre élément pathogénique, je veux parler de l'EFFORT. J'ai souvent été frappé de ce commémoratif relevé dans nombre d'observations. C'est brusquement, un jour déterminé dans un acte précis, que les malades ont senti une déchirure, un craquement douloureux; le déplacement venait d'apparaître.

Chez la femme de 45 ans, c'est six semaines après son premier accouchement qu'elle fait un effort violent ; elle ressent, nous dit-elle d'une façon précise, une forte douleur dans l'abdomen et une masse arrondie vient faire saillie à la vulve. Il est donc évident que chez cette malade, ce ne sont pas les 18 accouchements, mais un seul, le premier, qui a constitué la cause prédisposante, et un effort violent et unique, la cause déterminante.

Cette circonstance précise, l'effort, la rupture, nous la retrouvons dans presque tous les déplacements à quelque époque de la vie de la femme qu'ils aient pu se produire. Il n'est pas nécessaire que la femme ait conçu et qu'elle soit devenue mère pour qu'elle soit atteinte de prolapsus. Il existe de nombreuses observations de chute de l'utérus chez des vierges, ou des nullipares. Churchill, Monro, Nonat, Scanzoni en rapportent des exemples; tous citent ce fait de Puech : une jeune fille de 20 ans, vierge, fait un violent effort pour soulever un fardeau, elle ressent une douleur vive dans le bas ventre, l'utérus se présente à la vulve à travers l'hymen distendu.

Dans un article récent du Journal d'obstétrique de New-York (1) Mundé rapporte un fait de cette nature des plus remarquables. Le prolapsus s'était produit au moment d'un violent effort chez une jeune fille vierge, de 19 ans environ. L'utérus était complètement sorti de la vulve. Il y avait six semaines que l'accident avait eu lieu quand Mundé vit la malade. Il appliqua un bandage d'Esmarck et put faire la réduction. Plus tard la jeune fille revint à l'hôpital du Mont-

(1) Voir *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1888.

Sinaï se plaignant toujours de son prolapsus. Dans une même séance, Mundé pratiqua l'opération d'Alexander et la colpopérinéorhaphie; ces opérations donnèrent un très bon résultat.

Dans tous ces cas, la notion de l'effort, du déplacement brusque est manifeste; et on comprend difficilement que des organes jeunes résistants, bien conformés, bien musclés puissent subir de telles altérations. Dans plusieurs cas on a invoqué la constipation habituelle provoquant des efforts répétés; la distension de la vessie tiraillant et allongeant progressivement les ligaments utérins. Je crois et je ne suis pas le seul à partager cet avis, qu'il faut admettre une disposition individuelle particulière; une laxité, une faiblesse congénitale des moyens de fixité de l'appareil génital : il se passe pour ces organes et pour le plancher pelvien ce qui se passe dans d'autres organes que l'on peut voir chez tel ou tel sujet congénitalement peu développés. Il y a des périnées bien conformés, il peut y en avoir de mal conformés, et musculairement insuffisants. Dans certains cas même, comme pour d'autres difformités, l'hérédité semble jouer un certain rôle. Un chirurgien anglais, Doran (1), insistait il y a quelques années sur ce point; qu'il semble y avoir une disposition congénitale héréditaire aux prolapsus du vagin et de l'utérus. Il avait remarqué que dans les familles des femmes atteintes de prolapsus il se trouvait d'autres sujets atteints de hernies diverses ou de prolapsus génitaux. Toutes ces affections étaient pour lui, dues à un relâchement congénital, à une laxité originelle des parties molles du petit bassin.

Chez notre jeune malade de 22 ans (Obs. II), nous sommes en présence d'un cas de cette nature. Nous ne pouvons la considérer comme vierge, il est vrai, mais elle n'a eu qu'une seule grossesse terminée au deuxième ou au troisième mois; l'état de son col montre l'intégrité parfaite de l'utérus lui-

(1) Doran. *Transact. of the obstetrical Society of London*, 1884. p. 88.

même. On nous objectera qu'elle était habituellement constipée, que la défloration violente qu'elle subit à 18 ans ont pu être la cause de son prolapsus...

Mais combien de jeunes femmes sont constipées, combien subissent le même traumatisme et ne voient pas la descente s'effectuer ? Ces circonstances ont bien pu augmenter une prédisposition déjà existante. Dans son histoire, cette malade raconte formellement que sa mère morte à 32 ans portait constamment un pessaire. Pourquoi ce pessaire, s'il n'y avait point quelque déplacement. Et la forme même des lésions que nous avons relevées chez elle, cette minceur, je dirais presque cette absence du corps périnéal sans aucune trace de déchirure, ne constituent-elles pas une prédisposition constitutionnelle évidente ; cette mollesse générale des tissus et ce teint blanc mat ne viennent-ils pas témoigner de la débilité générale de l'appareil musculaire ?

Dans une autre série de faits on voit les prolapsus se produire brusquement pendant le cours de la grossesse. Malgré l'hypertrophie qui s'empare de tous les moyens d'attache et de fixité de l'utérus il peut arriver qu'à l'occasion d'un effort, d'une chute, d'un choc violent, l'utérus gravide, volumineux et lourd, rompe brusquement ces liens et tende à sortir de la cavité pelvienne.

Malgaigne rapporte un cas de rectocèle survenu brusquement à l'occasion d'un effort sur une femme enceinte de six mois. Dans une observation citée par Dutauzin (1) (Obs. X), une femme qui avait eu onze grossesses, raconta qu'au septième mois de sa 10e grossesse, travaillant aux champs, elle avait fait un effort pour soulever un pesant fardeau. A ce moment précis elle sentit « quelque chose se déchirer à l'intérieur » le prolapsus était constitué. Nous pourrions en trouver beaucoup d'autres exemples, ceux-là suffisent pour fixer dans votre esprit cette notion : *l'effort*

---

1. *Étiologie et symptômes de la chute de la matrice compliquée de cystocèle*, in Th. Dutauzin. Paris, 1887.

Voici d'abord plusieurs cas dans lesquels le prolapsus a suivi d'assez près l'accouchement; dans presque tous il y a eu une lésion plus ou moins étendue du périnée.

### Observation III

La femme D..., 25 ans, entre dans le service le 7 février 1888. Sans antécédents héréditaires notables, cette femme, bien réglée à 15 ans, se marie en 1884, à 21 ans. Elle devient aussitôt enceinte et accouche le 12 août 1885. Cet accouchement fut long et difficile et se termina par une application de forceps, enfant mort-né. Quinze jours après la malade se levait et ne ressentait aucune douleur. Un peu plus tard, un mois après la délivrance elle ressent des douleurs dans le ventre et des tiraillements dans les reins. Le médecin consulté, conseille l'application d'un pessaire. Néanmoins la malade est souvent gênée par de l'incontinence d'urine qui se manifeste pendant les efforts. Seconde grossesse en 1886 et en mai 1887, second accouchement aussi pénible que le premier : enfant à terme mais mort-né. Neuf jours après la malade se lève et dès lors elle ressent tous les symptômes antérieurs déjà signalés, sans aggravation. Il n'y a point d'incontinence des matières fécales mais les douleurs abdominales et lombaires rendent tout travail impossible et ont engagé cette femme à demander secours à la chirurgie. Voici quel est l'état de ses organes : la partie postérieure de la vulve présente une forme irrégulière; au niveau de la fourchette on voit une surface triangulaire, aplatie, muqueuse sans trace de cicatrice et glissant facilement sur les parties profondes : on y trouve une autre surface muqueuse formant un triangle cicatriciel à base inférieure remontant quelque peu sur la paroi postérieure du vagin. D'après cet aspect on peut conclure qu'il y a eu une déchirure de la muqueuse vaginale et un allongement, une distension du tégument cutanéo-muqueux de la fourchette.

Le corps périnéal et la cloison recto-vaginale ont été atteints. Les muscles sphincter-vulvaire, transverse ont été déchirés sans que la peau ait cédé, de sorte qu'au lieu d'un corps périnéal épais et résistant les doigts introduits simultanément dans le vagin et l'anus ne sentent plus qu'une mince bande musculaire, restant du sphincter anal et un périnée purement cutané dont l'étendue est minime et n'a qu'un centim. tout au plus. La cloison recto-vagi-

nale elle aussi, est très amincie, le releveur anal à dû être déchiré et elle n'est plus constituée que par l'adossement des deux muqueuses rectale et vaginale. Le doigt détermine très facilement la production d'une rectocèle, et l'ongle est tellement saillant sous cette mince cloison qu'on la croirait prête à se perforer.

Le col utérin est à quatre centim. de la vulve, il regarde en avant tandis que le fond repose dans la courbure sacrée, signes de rétroversion très marquée. Il existe en même temps une légère flexion du col utérin sur le corps, et fait très important, l'hystéromètre placé dans l'utérus corrige facilement la rétroversion. Ce mode de correction nous montre que le déplacement est bien dû à des relâchements ligamenteux et non à des adhérences de pelvi-péritonite du repli de Douglas. On observe en outre une légère cystocèle qui se dessine assez nettement par la toux et les efforts.

En résumé cette malade présente : une ancienne rupture sous-cutanée du plancher périnéo-vulvaire, un amincissement notable de la cloison recto-vaginale, un prolapsus utérin léger avec rétroversion marquée et flexion légère, un peu de cystocèle. Nous reviendrons plus loin sur le mécanisme de ces déplacements et les indications thérapeutiques qui découlent des faits que nous venons de constater (1).

### Observation IV

Une dame L.., âgée aujourd'hui de 27 ans, couturière, toujours bien portante, vient nous demander conseil en octobre 1887 pour une pesanteur qu'elle ressent dans le bas-ventre caractérisée par la sensation d'un corps voulant sortir par la vulve. Cette jeune femme bien réglée à 14 ans 1/2, s'est mariée à 23 ans, et elle est accouchée de son premier enfant en juillet 1885. L'accouchement fut un peu laborieux à cause du volume de l'enfant néanmoins il se termina naturellement et sans déchirure périnéale. Devenue enceinte une seconde fois elle accouche de nouveau en août 1886 ; cette fois l'enfant très volumineux, 10 livres un quart, ne put être expulsé sans qu'il se produisit une légère déchirure du périnée, intéres-

(1) Cette malade a subi successivement avec succès l'opération d'Alexander et la colpopérinéorrhaphie.

sant la muqueuse, la peau de la fourchette, et le sphincter vulvaire. Cette déchirure ne fut point réunie.

La jeune femme se lève 15 jours après son accouchement et ne souffre pas; se trouvant très bien elle reprend la direction de ses ouvrières, se tient souvent debout et 25 jours après son accouchement elle sort portant un paquet de vêtements et va prendre l'omnibus. En montant dans ce véhicule, elle fait un effort brusque pour retenir son paquet et au moment même elle sent une douleur aiguë, très vive dans le bas-ventre; elle faillit même se trouver mal, nous dit-elle. Depuis ce moment elle éprouve des envies d'uriner fréquentes et cette sensation de pesanteur dont nous avons parlé plus haut.

A l'examen, on constate que la fourchette vulvaire flasque, présente la trace d'une déchirure, que le périnée diminué de hauteur, 1 cent. 1/2 au plus, a encore une certaine résistance due sans doute à la conservation au moins partielle des transverses. En provoquant quelques efforts on voit l'orifice vulvaire bomber et deux saillies séparées par un sillon transversal s'y accuser; la supérieure est beaucoup plus marquée, elle est due à un certain degré de cystocèle comme la sonde permet de s'en assurer, l'inférieure est due au prolapsus de la paroi postérieure du vagin sans qu'il y ait encore de rectocèle. L'utérus très mobile est un peu abaissé, il mesure 7 cent. 1/2 à l'hystéromètre; sa position semble normale, il aurait plutôt un certain degré d'antéversion.

Somme toute, chez cette seconde malade nous voyons nettement une déchirure périnéale, un effort violent 25 jours après l'accouchement suivi de l'apparition d'un prolapsus utéro-vaginal avec cystocèle prédominante. Une grossesse récemment commencée nous a empêchés d'intervenir d'une façon active.

Dans une thèse récente (1) nous relevons encore un fait du même ordre. Une femme de 35 ans, accouche difficilement et subit une application de forceps. Déchirure du périnée. Au moment où elle se relève, 15 ou 18 jours après l'accouchement, on constatait le prolapsus. Ce fait a quelque analogie avec notre obs. III; le commémoratif d'effort, d'apparition brusque du prolapsus est moins net que chez la précédente malade:

(1) Thèse Joffrion, 1887.

aussi, il nous paraît vraisemblable d'admettre que dans ces cas. les tractions énergiques du forceps ont bien pu vaincre d'une façon primitive et définitive les résistances ligamenteuses aussi bien qu'elles contribuaient à produire la déchirure périnéale.

Les observations V et VII de la thèse de Dutauzin montrent bien la relation fréquente qui existe entre les déchirures du périnée et l'apparition assez rapide du prolapsus.

Dans l'une, la malade mariée à 23 ans a successivement, dans l'espace de 7 ans, cinq enfants. Au cinquième accouchement seulement, il se produit une rupture du périnée. Peu de temps après le prolapsus était constaté et on donnait un pessaire à la malade, à la consultation du Bureau central,

Une autre femme accouche pour la première fois à 24 ans, application de forceps, déchirure du périnée, prolapsus constaté un mois après.

Ces deux femmes sont en outre remarquables par ce fait qu'elles n'ont jamais pu trouver un pessaire efficace pour corriger leur déplacement, aussi à l'âge de 61 et de 66 ans où elles ont été observées par Dutauzin présentèrent-elles d'énormes prolapsus compliqués d'ulcérations et de suppurations sanieuses. Elles avaient été justement placées comme incurables à la Salpêtrière.

Il ne nous reste plus que les faits dans lesquels le prolapsus s'est produit longtemps après l'accouchement et là nous allons trouver un grand nombre de cas intéressants, et des différences très grandes quant au temps qui s'écoule entre l'accouchement et la chute.

### Observation V

La nommée P. Justine, âgée de 50 ans, cuisinière, entre le 3 février 1885 dans le service de la Clinique. A 30 ans elle était accouchée de deux filles à terme facilement et régulièrement.

Huit jours après elle avait repris ses occupations. *Onze ans plus tard*, entre 41 et 42 ans, au moment où elle faisait un effort pour lever un seau de charbon elle ressentit une douleur brusque et

tiraillements lombaires, les envies fréquentes d'uriner, les accidents douloureux en un mot, qu'elle éprouve d'habitude.

Le col utérin semble notablement abaissé, il est volumineux, irrégulier, l'hystéromètre marque 10 centimètres 1/2, allongement qui porte surtout sur la région du col.

### Observation VIII

La femme L., 45 ans, entrée le 27 avril 1886, réglée à l'âge de 13 ans n'a eu qu'un seul enfant à 17 ans. Quelque temps après elle était soignée pour une métrite chronique avec ulcérations du col.

Depuis l'âge de 33 à 34 ans seulement, c'est-à-dire 17 ans après son accouchement, elle est gênée par une constipation opiniâtre et elle éprouve une gêne notable en urinant.

A l'examen, on trouve une rectocèle prononcée et une cystocèle très avancée dans laquelle l'urèthre à subi un mouvement d'abaissement tel que le méat regarde en haut et en avant.

Quant à l'utérus, il n'est point abaissé et il occupe sa situation normale. Il y avait chez cette malade un prolapsus de la paroi vaginale ayant entraîné la formation d'une cystocèle et d'une rectocèle sans prolapsus utérin.

Chez deux autres femmes dont nous parlerons en détail plus tard à propos de l'allongement hypertrophique du col, le prolapsus se produisit sept ans après l'accouchement; et après le quatrième accouchement.

Dans la thèse du Dr Dutauzin nous relevons trois cas également frappants de prolapsus survenu neuf ans (Obs. II), vingt ans (Obs. IX), 47 ans (Obs. V) après l'accouchement. Ce dernier fait est des plus remarquables; une femme que l'auteur a observée à l'âge de 77 ans avait eu 5 enfants dans sa jeunesse de 20 à 25 ans. A l'*âge de 72 ans* seulement, fatiguée par une forte bronchite et toussant beaucoup, elle fit un effort subit pour empêcher un nourrisson qu'elle portait, de tomber de ses bras. A ce moment même elle sentit une vive douleur dans le bas-ventre et s'aperçut qu'il s'était fait un déplacement de la matrice.

Les nombreuses observations que nous venons de rapporter sont à plusieurs points dignes d'intérêt. Nous aurons souvent l'occasion de vous y renvoyer dans les leçons ultérieures.

Quant aux faits que nous voulions asseoir dans votre esprit, au début de cette étude, ils ressortent d'une manière évidente de tout ce que nous avons personnellement observé et lu dans divers auteurs.

Les prolapsus génitaux de la femme tout en étant liés le plus souvent et d'une manière plus ou moins lointaine à l'accouchement et à ses suites peuvent se produire en dehors de toute gestation. Dans ces cas ils se montrent toujours brusquement à l'occasion d'un effort violent.

Ceux qui sont en relation plus ou moins éloignée avec l'accouchement peuvent se montrer pendant la grossesse, toujours brusquement et par effort ; ou après l'accouchement.

Quant à ces derniers, ils se caractérisent à des époques variables ; dans quelques cas où l'on a eu un travail laborieux, une application de forceps, dans lesquels il s'est produit une déchirure du périnée non réparée, le prolapsus se déclare de très bonne heure. Dans ces sortes de cas l'effort brusque n'est point nécessaire en raison des déchirures produites.

Dans les autres on ne le voit apparaître que longtemps après le dernier accouchement ou au moins à quelque distance du premier quand il y a une longue série de grossesses successives. C'est ainsi que nous avons relevé 4, 7, 9, 10, 11, 12, 17, 20 et 47 ans, dans nos diverses observations.

Tous ces faits peuvent encore vous frapper par un autre côté que je vous signale dès maintenant ; *la variété des déplacements observés*. En effet quand on fait la récapitulation de toutes nos observations on trouve dans trois cas, un prolapsus de la paroi vaginale sans abaissement de l'utérus avec cystocèle et rectocèle (I, VI, VIII), dans deux cas l'abaissement de la paroi antérieure du vagin et la cystocèle dominent (I, VIII), dans un autre le déplacement de la paroi postérieure est plus marqué (VI).

Dans une observation de M. Marchant la paroi antérieure seule est en prolapsus, il n'y a que de la cystocèle.

Chez cinq autres malades nous avons observé la simultanéité du prolapsus utérin et du prolapsus vaginal avec cystocèle et rectocèle (II, III, IV, V, VII).

Dans un cas (III) le prolapsus est plus marqué à la paroi postérieure et il y a de la rétroversion.

Dans un autre (IV) c'est le paroi antérieure qui se déplisse davantage, il y a une antéversion.

Dans trois autres cas nous voyons le prolapsus utéro-vaginal s'accompagner d'hypertrophie ou d'allongement du col utérin, l'obs. VII et deux autres que nous publierons plus loin en sont des exemples.

Il est donc, vous devez en être convaincus, Messieurs, bien artificiel de séparer, comme le font tous les auteurs, les divers modes de déplacements, d'étudier séparément le prolapsus utérin, la rectocèle, et la cystocèle. *Tous ces déplacements s'enchaînent, s'accompagnent les uns les autres, se combinent de différentes manières,* donnant ainsi lieu à des types morbides variés, et souvent très complexes.

Etudier leur mécanisme, la façon dont ils peuvent s'enchaîner, former ces combinaisons multiples, tel est le sujet difficile que nous devons aborder maintenant avec vous et qui nous conduira directement aux déductions thérapeutiques qui devront nous guider dans la pratique.

---

## SEIZE HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES

### RÉFLEXIONS A PROPOS DE 60 AUTRES CAS DE FIBROMES UTÉRINS (1)

Par le Dr **Terrillon**, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

L'hystérectomie abdominale (sus-vaginale), pratiquée surtout pour les fibromes de l'utérus, a été le sujet de nombreux

(1) Travail lu devant le Congrès Français de chirurgie, 1888.

travaux et de fréquentes discussions. Cependant cette opération n'est pas encore classée définitivement et bien des points les plus importants sont encore indécis.

Dernièrement encore les chirurgiens se préoccupaient surtout de la façon dont on devait traiter le pédicule ; question capitale il est vrai et bien faite pour entraîner de nombreuses controverses.

Actuellement, la question semble se poser d'une façon différente, et pour quelques-uns il ne s'agit plus de procédés ou de méthodes opératoires, mais bien de l'indication elle-même de l'hystérectomie abdominale.

Comme chacun de nous, en présence d'une opération aussi sérieuse, doit montrer quel est le résultat de sa pratique et chercher par tous les moyens quelles en sont les indications encore si discutables, j'ai pensé qu'il était utile de faire connaître ce que j'ai constaté par moi-même et d'essayer d'en tirer quelques conclusions.

Pour arriver à ce résultat, j'établirai un parallèle entre les divers moyens de traitement que j'ai employés sur les malades qui m'ont été confiées.

Depuis cinq ans, j'ai pu observer ou examiner soixante-seize malades atteintes de fibromes utérins. Ceux-ci étaient rendus évidents par leur volume souvent considérable ou étaient faciles à diagnostiquer après un examen méthodique. J'ai pris sur chacune d'elles des notes détaillées et j'ai soigné la plupart par des méthodes différentes, adaptées le plus souvent à la variété de la tumeur, et aux accidents qu'elle provoquait. C'est le résultat de ces remarques que je vais faire connaître.

Mais avant de commencer, je désire établir parmi ces malades une division nécessaire, qui constituera autant de chapitres différents.

Sur ces 76 malades, 16 ont été opérées par l'extraction du fibrome ou *hystérectomie abdominale*; chez 6 l'ablation des ovaires et des trompes, a été pratiquée pour des hémorrhagies graves; 48 ont été soignées par moi ou par d'autres et

vivent encore. Enfin et j'insiste sur ce fait qui a une grande importance, il faut ajouter que sur ces 76 malades, 6 sont mortes par le fait de la présence du corps fibreux ou des accidents dont il était la cause.

Comme le but principal de ma communication est d'insister sur les cas traités par l'*hystérectomie abdominale*, je donnerai à cette catégorie le plus grand développement, et ne parlerai des autres malades que rapidement et pour établir quelques comparaisons avec celles qui ont subi l'opération radicale.

J'ajouterai que je mets de côté tous les faits où le fibrome est accessible par le vagin et le col de l'utérus, et peut être enlevé par cette voie. car il s'agit dans ce cas, en dehors des formes polypeuses, d'une opération spéciale encore à l'étude et qui ne peut être facilement comparée aux autres interventions.

## I. — HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES

J'ai opéré seize malades qui toutes avaient des tumeurs volumineuses, atteignant l'ombilic ou le dépassant et provoquant soit des hémorrhagies abondantes et graves, soit des phénomènes de compression menaçants pour la vie et des douleurs intolérables.

Toutes ces malades étaient dans un état grave et pouvaient être considérées comme devant mourir au bout de quelques mois ou traîner pendant longtemps une existence misérable. Chez aucune, il n'a été possible d'enlever les ovaires dans de bonnes conditions, à cause du volume de la tumeur. Ceci fut vérifié chez plusieurs malades, l'hystérectomie n'ayant été pratiquée chez elles que secondairement, c'est-à-dire lorsque la recherche et l'ablation des ovaires, primitivement décidée, avait été considérée comme impossible.

Ces malades se présentaient donc dans les conditions ordinairement acceptées comme demandant une opération aussi radicale.

J'ajouterai, que plusieurs fois j'ai refusé l'opération à des femmes portant d'énormes tumeurs fibreuses, gênantes par leur poids, mais ne provoquant ni hémorrhagies sérieuses, ni compressions inquiétantes. Plusieurs de ces malades me donnent encore de leurs nouvelles et supportent avec patience leur infirmité.

*Méthode opératoire.* — Ces hystérectomies abdominales ont été pratiquées par la même méthode opératoire, que j'ai suivie le plus exactement possible; c'est la méthode avec *pédicule externe*, fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Deux cas font cependant exception, car ils ont été traités par la méthode qui consiste à rentrer le pédicule et à l'abandonner dans l'abdomen. Je commencerai par rappeler en quelques mots ces deux opérations.

Dans la première (Obs. I), j'ai pu employer avec succès le procédé de Schroeder, qui consiste à couper le moignon de l'utérus de façon à produire deux surfaces ayant la forme d'un V ouvert du côté du péritoine, et à rapprocher ces deux surfaces au moyen de sutures multiples, avec de la soie fine.

Le moignon utérin ainsi constitué, a été abandonné dans l'abdomen, mais après avoir affronté avec soin les surfaces péritonéales sur toute la ligne des sutures.

Les suites de cette opération furent parfaites et la malade guérit rapidement.

Dans la seconde observation (Obs. VI), je trouvai un fibrome très volumineux, remplissant une grande partie de l'abdomen, mais en continuité avec le fond de l'utérus par un pédicule, mou, peu vasculaire et dont le volume ne dépassait pas celui de quatre doigts. Je liai ce pédicule avec trois anses de soie forte et entre-croisées; l'hémostase fut parfaite et le moignon réduit dans l'abdomen. La malade guérit sans accidents.

Je pourrais ajouter que chez une de mes malades (Obs. IX), après avoir enlevé un corps fibreux volumineux, je fis une tentative pour renouveler l'opération de Schroeder. Le moi-

leurs vives et à des compressions gênantes du côté de la vessie et du rectum. La tumeur a augmenté surtout depuis un an. Mais ce qui fatigue le plus la malade, qui a pris une teinte blanche anémique et est très épuisée, c'est la persistance d'un écoulement sanguin avec pertes, qui ne peut être arrêté.

Cavité utérine, 19 centim.

Opération, 10 décembre 1884. Incision très longue. Section des ligaments larges très vasculaires, avec quatre ligatures de chaque côté. Pédicule formé aux dépens du corps de l'utérus, gros comme le poing. Les ovaires n'auraient pu être enlevés.

Pédicule au dehors avec fil de caoutchouc. Guérison retardée par des abcès de la paroi; le pédicule tombe le 23e jour.

La malade sort guérie le 2 février 1885.

Obs. IV. — Mme D..., 39 ans. Un enfant. Début indéterminé. Tumeur volumineuse et dure, mobile dans l'abdomen, provoquant des douleurs très vives, des pertes abondantes. L'utérus paraît un peu indépendant de la tumeur.

Opération, 24 mai 1885. Incision abdominale allant jusqu'à l'ombilic; on trouve un fibrome volumineux, dur et bosselé, adhérent au fond de l'utérus par un pédicule ayant un diamètre de 4 ou 5 centim. Une grosse ligature double en chaîne avec un cordonnet de soie assure l'hémostase.

Comme la tumeur était légèrement infiltrée dans le ligament large et que la trompe et l'ovaire étaient situés à sa surface, ces organes furent enlevés.

La tumeur pèse 5 kil. 1/2. C'est un fibrome légèrement kystique : une poche contient 250 gr. de liquide chocolat.

L'abdomen est entièrement refermé.

Les suites furent très simples et la malade sortit après 25 jours

Obs. V. — Mme P..., 45 ans. Un enfant il y a 20 ans. Tumeur dure et très volumineuse du ventre. Circonférence abdominale, 137 cent. La tumeur est en voie d'accroissement; elle provoque des douleurs et une gêne intolérables, des phénomènes d'obstruction intestinale. Les règles très abondantes et venant tous les 15 jours sont transformées en pertes continues.

Opération, 5 juillet 1885. Section, 40 centimètres, passant au niveau de l'ombilic à travers une hernie épiploïque. On enlève avec

peine plusieurs tumeurs fibreuses soudées ensemble et tenant au fond de l'utérus. Un gros pédicule est pratiqué aux dépens de l'utérus et fixé avec deux fils de fer et deux broches dans la plaie abdominale.

Ces masses fibreuses pesaient ensemble près de 20 kilogr.

La malade fut menacée par des phénomènes de congestion pulmonaire violente venant de l'exaspération d'une bronchite antécédente. Le pédicule se détacha le 23e jour et la malade fut complètement guérie après deux mois.

Obs. VI. — Mme L..., âgée de 45 ans, pas d'enfants, début récent. Tumeur assez volumineuse peu mobile, enclavée dans le petit bassin. La tumeur est dure, mais paraît fluctuante profondément.

Opération, 13 novembre 1885. Incision très longue dépassant l'ombilic. Adhérences à l'épiploon et au petit bassin. On enlève un immense fibrome, en partie kystique, venant de la corne droite de l'utérus, du poids de 7 kil. Le pédicule est épais, mais peut être coupé après qu'on a appliqué trois ligatures. Le pédicule ainsi lié est rentré dans le péritoine. On enlève encore deux autres fibromes pédiculés.

L'abdomen est refermé.

Les suites furent bonnes et la malade guérit du 20e au 30e jour.

Obs. VII. — Mme C..., 46 ans, début, 7 ans environ; circonférence abdominale, 1 mètre. Tumeur très volumineuse en voie d'augmentation et vaguement fluctuante. Menstruation irrégulière, écoulement vaginal séro-purulent.

Opération, 6 mars 1886. Incision longue; on trouve une tumeur d'apparence utérine avec une poche kystique contenant un litre de liquide citrin.

Section des deux ligaments larges très vasculaires entre deux ligatures. Ablation des ovaires et des trompes hypertrophiés et très vasculaires.

Section au milieu du corps de l'utérus après avoir placé un caoutchouc enroulé deux fois et maintenu par un petit instrument spécial. Le péritoine est soudé par une collerette de sutures au moignon de l'utérus au-dessous du caoutchouc. Pédicule fixé au dehors.

La tumeur est formée de deux parties réunies par un isthme. Dans le centre de la partie la plus volumineuse se trouve un

kyste. La tumeur pèse 28 kilogr. C'est un fibro-myome polykystique du poids de 16 kilogr. de partie solide.

L'opération dura 1 heure 3/4.

Les suites furent simples, le pédicule détaché le 19e jour; la malade se lève pour la première fois le 25e jour et sort guérie après 40 jours.

La tumeur et la malade ont été présentées à l'Académie de médecine en 1886 (*Revue de chirurgie*, 1886).

Obs. VIII. — Mme P..., 35 ans, sans enfants, s'est aperçue d'une tumeur abdominale depuis l'âge de 28 ans. Les règles d'abord irrégulières devinrent très abondantes et depuis deux ans se sont transformées en pertes qui la rendent très faible; elle peut à peine reprendre quelques forces dans l'intervalle. Un écoulement séro-sanguin et continu existe depuis plusieurs mois. Envie fréquente d'uriner.

La tumeur arrondie, égale, molle et presque flutuante, remonte vers l'appendice xiphoïde; la malade est très gênée pour respirer. Un peu d'ascite.

Cavité utérine 16 centimètres; la tumeur se continue sur le corps de l'utérus.

Opération, 25 août 1886. Pédicule volumineux, décortication des ligaments larges avec deux ligatures de chaque côté.

Fixation du pédicule dans l'angle de la plaie qui était très grande. caoutchouc. Poids 9 kilog. La malade eut des accidents assez graves, mais guérit après 40 jours. Elle va bien depuis.

Obs. IX. — Mme D..., 40 ans. Sans enfants. Début probable il y a 4 ans. Tumeur fibreuse volumineuse, augmentant progressivement et provoquant des douleurs et une gêne intolérables avec de la cystalgie et constipation opiniâtre avec menaces d'obstruction.

Opération, 24 mai 1886. Incision dépassant l'ombilic. Section des deux ligaments larges entre deux ligatures. L'ovaire et les trompes sont enlevés. Un caoutchouc est placé à l'union du corps et du col, au-dessus du vagin.

Après la section, au-dessus de la ligature, on essaye la méthode de Schroeder qui consiste à réunir par des fils de soie les deux lambeaux du pédicule coupé en coin. Mais lorsqu'on enlève la ligature en caoutchouc, l'hémorrhagie est tellement abondante qu'on ne peut laisser le pédicule dans l'abdomen. La ligature en caout-

chouc est replacée, une broche est fixée au-dessus d'elle. Le péritoine est disposé en collerette au-dessous de la ligature avec des petites sutures. Le pédicule est fixé à la partie inférieure de l'abdomen. Le poids du fibrome était de 6 kilogrammes.

Les suites furent assez mouvementées. La malade eut quelques phénomènes d'infection à la suite du 12e jour. Le pédicule fut détaché le 17e jour.

La plaie ne fut guérie définitivement que le 9 juillet, près d'un mois et demi après l'opération. Actuellement la malade va bien.

Obs. X. — Mme L..., 37 ans. Sans enfants. Début, 17 ou 18 ans. Une tumeur très volumineuse occupe toute la partie inférieure de l'abdomen. Circonférence à l'ombilic, 125 cent. L'utérus fait corps avec la tumeur, sa cavité est de 11 cent. La malade se plaint de la gêne, de douleurs, elle maigrit; pertes blanches abondantes, peu d'hémorrhagies.

Opération, 29 octobre 1887. Incision dépassant de beaucoup l'ombilic. La tumeur fibreuse dure, arrondie, lisse, est extraite en bloc. Section des deux ligaments larges entre deux sutures.

Le corps de l'utérus est sectionné après avoir été serré par un caoutchouc fixé avec un appareil spécial.

Autour du pédicule et au-dessous du caoutchouc, le péritoine est disposé en collerette avec de fines sutures et le tout est fixé dans la plaie de l'abdomen.

Le poids de la tumeur est de 10 kilogr. Le fibrome est très dur.

Les suites furent simples, le pédicule se détacha le 17e jour et la malade sortit guérie vers le 25 décembre.

Obs. XI. — Mme X..., âgée de 36 ans. Début depuis 6 ans. Fibrome volumineux, bosselé, très dur, dépassant l'ombilic. Circonférence abdominale, 96. Toujours bien réglée, sans enfants, cette femme a commencé à perdre il y a 3 ans. Les règles d'abord abondantes, sont devenues de véritables pertes, et depuis six mois les hémorrhagies sont fréquentes et abondantes. La malade est pâle, exsangue et très affaiblie. Du sang sort continuellement de la cavité utérine, qui a 18 cent. de hauteur. Tumeur assez mobile dans l'abdomen. Constipation très opiniâtre. Elle se soigne depuis deux ans sans résultat.

Opération, 5 novemre 1887. La tumeur non adhérente est extraite tout entière de l'abdomen par une très longue incision.

Section des deux ligaments larges ; pédicule sur le col de l'utérus, gros comme le poing fixé dans la plaie abdominale. La malade n'eut aucun accident et fut guérie complètement après 42 jours.

Depuis cette époque elle va bien.

Obs. XII. — Mme L..., 42 ans, 2 enfants. Tumeur fibreuse irrégulière, volumineuse, dépassant l'ombilic de 4 ou 5 cent. et ayant augmenté progressivement depuis 5 ans, avec gêne permanente et surtout douleurs expulsives extrêmement pénibles qui l'empêchent de travailler. Les règles ne présentent rien de spécial. Circonférence abdominale, 96. L'utérus est entraîné en haut derrière le pubis et le col à peine sensible.

Opération 16 mai 1883. Durée 1 h. 1/2. Incision très longue. De chaque côté, la tumeur est prise dans le ligament large qu'il faut décortiquer. On procède par morcellement de la tumeur. Deux gros pédicules vasculaires venant du ligament large sont coupés.

Enfin une dernière partie de la tumeur est tellement engagée dans le fond du petit bassin qu'on est obligé de la décortiquer en posant un grand nombre de ligatures.

Le pédicule est formé aux dépens du corps de l'utérus. Il est gros comme le poignet et lié avec deux fils de fer et les ligateurs Cintrat. Mais en arrière de lui se trouve dans le petit bassin une vaste cavité anfractueuse résultat de la décortication, qui est isolée autant que possible de la cavité péritonéale et drainée avec deux gros tubes de caoutchouc.

Le poids de la tumeur est d'environ 12 ou 14 kilogr.

Dès le second jour la température monte à 38,5. 38°,9. Le pouls 126 à 130 et la malade meurt à la fin du 3e jour avec 40°, 150 pulsations et des vomissements porracés.

Autopsie, péritonite simple.

Obs. XIII. — Mme B..., 49 ans. Tumeur fibreuse très volumineuse dépassant l'ombilic, ayant débuté il y a 15 ans. Accroissement progressif, surtout depuis 2 ans. Les règles d'abord assez abondantes, avaient disparu il y a 6 mois, mais elles ont reparu depuis trois mois, sous forme de pertes presque continues, qui affaiblissent beaucoup la malade. Ascite probable.

La tumeur dépasse l'ombilic, elle est bosselée, irrégulière. La malade se plaint surtout de douleurs violentes, de l'affaiblisse-

ment qui l'empêchent de travailler et des pertes qui depuis quelque temps menacent sa vie.

Opération, 24 juillet 1885. Durée 1 h. 1/2. On enlève un premier myôme, en grande partie pédiculé, par décortication; puis un autre myome volumineux, gros comme une tête d'enfant, enclavé dans l'utérus est décortiqué, car la pédiculisation est impossible. Cette décortication est très pénible et donne beaucoup de sang. Elle entraîne la destruction d'une partie de la cavité utérine qui est largement ouverte. La cavité formée par la décortication est constituée par les parois du ligament large enveloppant la tumeur; ces lambeaux sont attirés au dehors, fixés par des sutures à la plaie abdominale de façon à former une cavité anfractueuse séparée du péritoine et qu'on remplit de gaze iodoformée. Mais comme il a été impossible de faire des ligatures dans ces parties profondes, on est obligé de laisser 17 pinces à forcipressure.

Les suites de l'opération furent mauvaises dès le début: syncopes, vomissements, lipothymie. Le 2e jour en enlevant les pinces, hémorrhagie en nappe difficile à arrêter par compression. La malade meurt d'épuisement le 3e jour au soir. On ne trouve pas de péritonite.

Obs. XIV. — Mme B..., 40 ans, sans enfants. Fibrome volumineux qui a été découvert en avril 1885. Il augmente depuis cette époque en donnant des douleurs extrêmement vives et des pertes abondantes survenant toutes les trois semaines, mais affaiblissant la malade. Circonférence abdominale, 98. Elle entre une 1re fois à la Salpêtrière le 5 janvier 1886. Je refuse de l'opérer et lui conseille de prendre patience.

Elle retourne chez elle et revient quelques mois après demandant à être débarrassée.

Opération, 8 mai 1886. Durée 1 h. 20 m. Incision très longue dans une paroi abdominale très épaisse. La tumeur est extraite au dehors et on peut pédiculer sur le milieu de l'utérus, en ouvrant la cavité; l'hémostase est assurée par un lien de caoutchouc. Collerette de suture péritonéale autour du pédicule. Fixation à l'angle inférieur de la plaie. Le fibrome pesait 4 kilogr.

Les trois premiers jours la malade fut très bien. Température 37°,5, 38°. Pouls 96 à 100. A la fin du 3e jour respiration inégale anxieuse, température 40°, pouls 120. Bientôt, délire. Elle meurt au commencement du 4e jour.

annexes pour les fibromes donnant des hémorrhagies graves et rebelles aux traitements médicaux. Cette opération présente quelques difficultés, car il faut absolument enlever *la totalité* des deux ovaires, ce qui est quelquefois assez délicat à cause des rapports de ces organes avec la masse fibreuse qui gêne.

## III. — TRAITEMENT MÉDICAL

Les autres malades au nombre de 47 furent soumises à des traitements variés sur lesquels je donnerai quelques courtes explications.

Sept portaient des corps fibreux énormes, du poids de dix à quinze kilogrammes environ, mais sans hémorrhagies, sans altération de la santé et sans phénomènes de compression notables. Ces malades n'éprouvaient que de la gêne et des douleurs peu persistantes. Je leur déconseillai l'opération. Trois restèrent quelque temps à la Salpêtrière où je les observai avec soin. Je n'ai pas revu ces malades, sauf deux qui vont bien depuis l'époque où je les ai vues pour la première fois, il y a deux ans. Les autres se plaignaient de douleurs, et de gêne, d'hémorrhagies plus ou moins abondantes au moment des règles, revenant par périodes et les affaiblissant momentanément. Je ne trouvai chez elles aucun symptôme inquiétant et leur conseillai d'attendre et de suivre un traitement médical approprié.

Beaucoup de ces malades avaient cependant des fibromes mobiles assez pédiculisables, et entièrement favorables à des opérations (hystérectomie ou au moins ablation des ovaires) qui auraient donné de beaux succès. Mais je ne jugeai pas, à ce moment au moins, une intervention nécessaire; la vie était supportable et peu gênée.

La plupart de mes malades, étant des femmes de la bourgeoisie, purent prendre des soins particuliers qui ont donné chez quelques-unes des résultats parfaits. Je vais indiquer

rapidement quelques détails relatifs au traitement médical qui fut le plus souvent employé.

Le médicament principal fut l'ergotine d'Yvon ou l'ergotinine de Tanret, en injections sous-cutanées. Cette médication a donné quelques fois de bons résultats, mais souvent elle a été nulle et quelquefois les pertes ont été augmentées par son emploi, qui a dû être suspendu dans huit cas.

J'ai remarqué que tous les cas dans lesquels le résultat a été nul ou défectueux sont ceux dans lesquels la cavité utérine était augmentée d'étendue et par conséquent la surface d'hémorrhagie amplifiée considérablement.

Les injections d'eau chaude, pendant les pertes abondantes et rapides, et quelquefois même le tamponnement antiseptique ont arrêté les hémorrhagies abondantes et foudroyantes.

Un médicament spécial m'a semblé très utile surtout dans les hémorrhagies menstruelles exagérées, accompagnées de douleurs et d'épreintes, c'est le *canabis indica*, sous forme de teinture, à dose de 10 à 20 gouttes par jour.

Cette substance agit rapidement et sûrement. Si elle provoque quelques vertiges, il suffit de modérer ou diminuer son emploi.

Enfin et surtout les bains d'eau salée, à domicile ou dans les stations d'eaux spéciales, m'ont semblé très utiles principalement dans les cas d'anémie profonde, avec décoloration de la peau et perte d'appétit. Sous cette influence, la nutrition reparaît, l'appétit revient, et bientôt les pertes utérines diminuent d'une façon sensible.

Le bénéfice ne se fait sentir que lentement, mais il a été réel et durable dans plusieurs cas, j'attribue à ce traitement l'amélioration et la guérison apparente de cinq à six de mes malades très gravement atteintes.

## IV. — MORTALITÉ PAR LE FAIT DES FIBROMES UTÉRINS

J'ai déjà dit que sur les 76 femmes atteintes de fibromes

que j'ai observées, six sont mortes par le fait d'accidents ou de complications résultant de la présence de la tumeur utérine seule, sans avoir subi aucune opération.

Voici en résumé les principales causes de la mort dans ces cas.

1° Une femme de 49 ans portait un gros fibrome, bosselé, assez mobile : la cavité utérine mesurait 18 centimètres. Cette femme perdait depuis plusieurs années du sang d'une façon continue, avec des exacerbations passagères qui avaient provoqué des syncopes graves. Toutes les médications furent essayées en vain. M. le Dr Millard me confia cette malade. Ne pouvant faire une opération chirurgicale à cause de l'état de faiblesse dans lequel elle se trouvait, j'essayai de cautériser la face interne de l'utérus pour arrêter les hémorrhagies venant de la muqueuse; cette pratique ne donna aucun résultat, et nous ne pûmes empêcher la mort qui survint manifestement par épuisement progressif dû à la perte de sang et de liquide roussâtre qui était continue.

2° Une malade de 42 ans, très grosse, portait une énorme tumeur qui remplissait complètement l'abdomen et gênait toutes les fonctions en produisant des phénomènes de compression. La cavité utérine avait 20 centimètres de hauteur. Des pertes séro-sanguinolentes continues, datant de trois ans, l'avaient complètement épuisée, quand je la vis avec le Dr Dutlouyd (de Coutances). L'état général était tel, et la tumeur si volumineuse que je ne crus pas pouvoir intervenir; malgré nos soins multipliés la malade mourut en 1887: elle était souffrante depuis six ans.

3° Mme X...., âgée de 34 ans, ayant un corps fibreux, assez volumineux, mobile dans l'abdomen, pédiculisable, mais donnant lieu à des hémorrhagies incoercibles, vint me consulter en octobre 1886. Je lui proposai l'opération radicale qu'elle refusa; elle fut soumise au traitement médical qui ne donna aucun résultat. Six mois après mon examen elle fut prise de phlébite du bassin et du membre inférieur gauche et mourut d'une embolie.

4°, 5°, 6° J'ai perdu à la Salpêtrière depuis quatre ans, trois malades atteintes de corps fibreux volumineux, l'une avait 44 ans, l'autre 45, et la suivante 49 :

Une d'elles mourut de phlébite et embolies multiples, l'autre de phénomènes septiques, dus à la décomposition d'un fibrome en partie saillant du côté de la cavité, mais formant dans l'abdomen une tumeur allant jusqu'à l'appendice xiphoïde. Enfin, une troisième est morte, en arrivant à l'hospice, d'une hémorrhagie incoercible qui ne put être arrêtée à son entrée. Elle avait eu une hémorrhagie abondante pendant qu'on la transportait. Depuis trois ans, elle avait des pertes. Son fibrome quoique volumineux, était opérable.

*Conclusions.* — Il semble téméraire de tirer des conclusions rigoureuses d'un aussi petit nombre de faits. Cependant en tenant compte de mes propres observations, des opérations auxquelles j'ai assisté, et surtout de l'étude des nombreuses statistiques publiées en France ou à l'étranger, je crois pouvoir en tirer les quelques renseignements qui suivent :

1° Les fibromes de l'utérus constituent dans certains cas une affection grave : par leur volume et les complications qui en sont le résultat ; par les hémorrhagies continues et souvent mortelles qu'ils provoquent; enfin par d'autres accidents tels que phlébite, albuminurie, nécrobiose de la tumeur, septicémie, etc.

2° La mort est souvent la conséquence de ces tumeurs. En tout cas, elles sont la cause d'une infirmité très pénible et souvent insupportable, surtout chez les femmes qui doivent travailler pour vivre.

3° Lorsque les fibromes de l'utérus présentent les conditions précédentes et provoquent des accidents sérieux, il est nécessaire d'agir chirurgicalement contre eux, surtout lorsque tout traitement médical a échoué : 1° par l'ablation des ovaires et des trompes ou la castration ; 2° par l'hystérectomie abdominale.

Je mets de côté les fibromes qui sont accessibles plus ou moins nettement par le vagin, ceux-ci se prêtent à d'autres considérations qui ne peuvent trouver place ici.

4° L'hystérectomie abdominale est une opération grave qui donne une moyenne de mortalité de 30 0/0, quand on s'attaque aux tumeurs volumineuses et réellement dangereuses, les seules qui nous occupent. Tel est le résultat moyen des statistiques publiées jusqu'ici. Cependant cette opération doit être conservée pour les cas bien définis indiqués plus haut.

5° L'ablation des ovaires et des trompes donne d'excellents résultats dans les fibromes abdominaux, de petit ou de moyen volume, qui provoquent des hémorrhagies graves, surtout si la cavité utérine est augmentée de hauteur.

Elle doit être, dans tous les cas, préférée à l'hystérectomie, car elle est beaucoup moins dangereuse.

Malheureusement elle ne peut être toujours pratiquée, et il est nécessaire d'enlever intégralement les deux ovaires, ce qui est souvent impossible.

Enfin il est prouvé depuis longtemps que certaines femmes, et ce sont les plus nombreuses, surtout dans la classe riche, peuvent vivre avec un fibrome utérin même volumineux; elles peuvent passer la période dangeureuse des fibromes qui se prolonge souvent de 50 à 55 ans et même plus, sans courir de chance de mort. On peut arriver à ce résultat, grâce à un traitement médical tonique approprié et au repos prolongé. Aussi doit-on être très prudent quand il s'agit de prendre une décision à propos de l'intervention chirurgicale.

---

# REVUE CLINIQUE

## SUR UN SIGNE INDIQUANT PENDANT LE TRAVAIL LA PRÉSENCE DE CIRCULAIRES AUTOUR DU COU DU FŒTUS

Par le Dr **Turgard**, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de l'Etat, à Lille.

L'enroulement du cordon autour du cou du fœtus cause assez souvent sa mort et il serait fort à souhaiter que l'on

eût des signes capables de faire reconnaître la présence de cette complication ; malheureusement ces signes sont assez incertains ; ils peuvent se rencontrer sans qu'il existe de circulaires et même faire défaut alors qu'au moment de l'expulsion on constate la présence de ceux-ci.

C'est pourquoi il me semble utile d'attirer l'attention sur un symptôme que l'on ne rencontrera que dans des cas très rares, il est vrai, mais qui dans un cas en particulier m'a permis de diagnostiquer d'une façon à peu près certaine l'existence de circulaires.

Voici d'abord les faits.

Etant chef de clinique à la Maternité de Lille j'examinais une femme en travail ; l'enfant se présentait par le sommet en position O I D P. La tête était sur le plancher périnéal, le mouvement de rotation ne se faisant pas, j'essayai de le faciliter en pressant d'arrière en avant sur l'occiput ; celui-ci obéit à la pression, mais quelque temps après en touchant la femme je trouvai de nouveau l'occiput au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Au bout d'un certain temps, le travail traînant en longueur, le forceps fut appliqué et je trouvai des circulaires autour du cou du fœtus, résultat que j'avais d'ailleurs soupçonné. Cependant ce fait isolé n'avait pas trop attiré mon attention, lorsque vers la fin de l'année dernière je fus prié par un de mes collègues de le remplacer pour un accouchement.

Il s'agissait d'une femme robuste, secondipare, bien conformée, qui avait des douleurs depuis la veille. Je fus appelé vers huit heures du soir, le col était dilaté comme une pièce de cinq francs. Vers 9 heures la poche des eaux se rompit ; à 10 heures le col était complètement dilaté, la tête descendue dans l'excavation jusqu'au plancher du périnée, mais ne reposait pas sur lui.

Position O I D P. J'essayai de produire le mouvement de rotation en pressant en arrière de l'occiput au moment d'une contraction et j'y réussis, mais un quart d'heure plus tard, touchant la femme de nouveau, je trouvais l'occiput retourné

en arrière. J'opérai de nouveau la réduction, de nouveau l'occiput reprit sa position première. Comme rien dans la conformation du bassin ne me paraissait expliquer ce phénomène, je l'attribuai sans hésiter à la présence de circulaires autour du cou du fœtus et je surveillai l'état des bruits du cœur. Enfin vers une heure du matin, le travail n'avançant pas et les bruits du cœur allant en diminuant, j'appliquai le forceps en expliquant à la famille que l'enfant était en danger et que probablement le cordon s'enroulait autour de son cou.

La branche droite fut appliquée la première en arrière de l'occiput, le mouvement de rotation s'effectua entre les cuillers de l'instrument et en quelques minutes la tête fut hors de la vulve. Le cordon formait autour du cou deux circulaires et le bout placentaire remontait en avant de l'épaule droite.

L'enfant fut extrait vivant et la délivrance naturelle eut lieu peu d'instants après.

Il serait certainement peu raisonnable de vouloir généraliser d'après deux faits dont un seul à la vérité a été bien typique. Cependant je crois pouvoir sans témérité énoncer la proposition suivante :

« Lorsque dans une position postérieure du sommet on aura produit artificiellement le mouvement de rotation et qu'on verra l'occiput retourner en arrière, il faudra soupçonner l'enroulement du cordon et surveiller la circulation fœtale, pour être prêt à intervenir en temps opportun. »

Certainement, comme je l'ai dit plus haut, on rencontrera rarement ce cas, car il ne suffit pas que le cordon soit enroulé autour du cou pour produire le phénomène en question, mais il faut encore qu'il soit enroulé dans un certain sens. Dans mon second cas, par exemple, si le cordon au lieu de remonter en avant de l'épaule s'était trouvé en arrière, il aurait plutôt favorisé le mouvement de rotation; on rencontrera donc rarement ce signe, mais quand on le rencontrera, je crois qu'on devra lui accorder une certaine valeur.

Ce symptôme aura d'autant plus d'importance qu'il s'agit ici de positions postérieures, or, dans ces positions, deux des principaux signes de la présence des circulaires perdent de leur importance, je veux dire la longueur du travail et le souffle du cordon.

La longueur du travail, parce que comme le fait remarquer le professeur Tarnier (Art. CORDON du Dictionnaire de Jaccoud), dans les postérieures le travail est toujours long.

Le souffle ombilical, parce que le plan antérieur du fœtus se trouvant en avant, on ne trouvera plus le cordon entre le plan résistant formé par le dos et la paroi abdominale antérieure.

Une conclusion qui me paraît ressortir de ces observations, c'est que l'enroulement du cordon peut être dans certains cas une cause de présentation postérieure du sommet. Cause que je n'ai vue signalée dans aucun auteur.

## DEUX OBSERVATIONS DANS LESQUELLES LA MANŒUVRE DE RIBEMONT-DESSAIGNES A ÉTÉ EMPLOYÉE AVEC SUCCÈS

### OBS. I. — *Bassin régulièrement rétréci. — Céphalotripsie, manœuvre de Ribemont. — Guérison de la mère.*

Le 3 décembre 1885 je suis appelé vers minuit près de la femme K..., qui était, me disait-on, en travail.

La grossesse s'était bien passée, mais la sage-femme à laquelle s'était adressée la malade ayant reconnu au cours de la grossesse un rétrécissement du bassin, lui avait conseillé de consulter un médecin. Un confrère fut donc appelé et constata lui aussi un rétrécissement et déclara nécessaire l'accouchement prématuré, mais la malade, mal conseillée par des amies, ne voulut pas s'y soumettre et la grossesse suivit son cours.

Le 3 décembre, à terme, ressentant les premières douleurs, elle fit appeler la sage-femme, mais celle-ci déclara qu'elle ne pouvait se charger de l'accouchement et l'on me fit demander.

La patiente est une femme de petite taille ayant le faciès rachi-

tique, mais ne présentant aucune déformation ni de la colonne vertébrale ni des membres.

A mon arrivée les douleurs étaient assez vives et assez rapprochées. Le palper me fit sentir la tête au-dessus du détroit supérieur non engagée, l'occiput en avant et à gauche. Au toucher on trouve d'abord la poche des eaux en forme de boudin, longue de 10 centimètres environ et d'un diamètre d'environ 5 centimètres à la base.

Le bassin paraît régulièrement rétréci et le diamètre sacro-sous-pubien donne à la pelvimétrie digitale 7 centimètres 1/2. La symphyse paraît avoir la hauteur et l'inclinaison normales.

Bien que n'ayant pas d'espoir de terminer l'accouchement sans avoir recours à la céphalotripsie, je résolus cependant de temporiser un peu afin de voir si la tête ne parviendrait pas à se mouler assez pour s'engager dans le détroit supérieur. Je recommandai le décubitus dorsal pour éviter autant que possible la rupture des membranes et me retirai annonçant que je reviendrai à 5 heures.

Dans le cas où la poche des eaux serait venue à se rompre, on devait venir me chercher immédiatement. A cinq heures je revins. rien n'était changé, la poche des eaux était intacte, la tête n'avait aucune tendance à s'engager malgré des contractions énergiques. Le col étant très dilatable, j'appliquai le forceps, mais malgré des tractions énergiques je ne parvins pas à engager même légèrement la tête.

Deux nouvelles applications faites à une heure d'intervalle furent tout aussi infructueuses ; à la dernière application il s'était fait une procidence du cordon que je ne jugeai pas utile de chercher à réduire, la céphalotripsie devenant inévitable. Aussi au bout de peu de temps les battements du cordon n'étant plus perceptibles, je pratiquai la craniotomie.

J'avais fait demander avec le céphalotribe Tarnier les ciseaux de Smellie, on m'avait envoyé les ciseaux de Dubois. Aussi j'employai l'instrument que je trouvai sous la main : un tranchet de cordonnier que j'entourai d'une bande en ne laissant libre que la pointe et que je glissai sur ma main droite préalablement introduite dans le vagin.

J'obtins une ouverture crânienne assez large.

Le céphalotribe fut alors appliqué, mais, deux fois en serrant la vis, la tête, mal maintenue par deux femmes (qui avec le mari étaient mes seules aides), glissa entre les mors. Enfin une 3e fois elle fut

bien saisie et écrasée. Elle s'engagea alors sans difficulté, mais la tête une fois hors de la vulve rien n'avança plus, les épaules ne pouvant s'engager. C'est alors que, comme M. Jourdain faisait de la prose, c'est-à-dire sans le savoir (1), j'employai la manœuvre de Ribemont-Dessaignes. J'allai dégager le bras droit du fœtus en fracturant l'humérus, puis ensuite le bras gauche et alors l'extraction eut lieu sans difficulté. Le fœtus était d'un volume moyen; j'estimai son poids à 2,500 ou 3,000 gr. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier et huit jours après la mère pouvait marcher dans sa chambre.

Obs. II. — *Rétrécissement léger. — enfant énorme. — craniotomie. — Guérison de la mère.*

Le 16 juillet, à 3 heures de l'après-midi, une sage-femme me fit demander pour l'assister auprès de la femme R... qui était en travail depuis le matin.

Cette femme en était à son 8e accouchement, six enfants étaient venus vivants, dont un au moyen du forceps, un septième avait été également extrait par le forceps mais était venu mort.

Le ventre est en besace, la tête est en partie descendue dans l'excavation, le col est complètement dilaté, mais depuis deux heures la tête ne descend plus et il vient de se produire une hémorrhagie d'intensité moyenne, mais qui dure encore à mon arrivée. La tête étant engagée en OIGT, je crois qu'une application de forceps terminera rapidement l'accouchement, mais malgré des tractions assez fortes et soutenues, la tête ne bouge pas et je sens mon forceps déraper. Deux nouvelles applications restent aussi inefficaces. J'introduis la main dans le vagin pour rechercher l'obstacle et tenter la version. Tout d'abord je trouvai qu'il était aussi impossible de repousser la tête en haut que de la faire descendre, elle paraissait soudée au bassin.

Ce qui s'expliquait par ce fait que le promontoire saillant s'était comme incrusté dans le pariétal droit.

(1) En effet ceci se passait au mois de décembre 1885 et M. Ribemont-Dessaignes ne publiait sa méthode qu'au mois d'août 1886. Ceci soit dit d'ailleurs sans aucune prétention à la priorité, les expériences de M. Ribemont étant antérieures à cette observation. J'ai d'ailleurs employé ce moyen pour ainsi dire d'instinct, comme la seule manière rationnelle de sortir d'embarras et sans avoir la prétention d'avoir inventé quelque chose de nouveau.

Le forceps ayant échoué, la version étant impossible, je n'avais qu'une ressource, la céphalotripsie, mais je n'avais pas de céphalotribe sous la main, l'hémorrhagie continuait quoique peu abondante ; il fallait au moins une heure avant qu'on pût me rapporter l'instrument nécessaire. Je résolus donc de m'en passer et avec une paire de longs ciseaux de couturière, je perforai le crâne et fis une nouvelle application de forceps. La substance cérébrale s'écoula, mais la tête ne bougea pas. Le crochet mousse du forceps introduit dans le crâne ramena l'occipital et la tête restait inébranlable. Enfin appliquant une dernière fois le forceps, je parvins à faire basculer la base du crâne et bientôt l'extrémité céphalique arrivait à la vulve, mais au moment de l'engagement des épaules, nouvel arrêt. Cette fois encore j'allai accrocher un bras et l'amenai dans le vagin sans le fracturer, ce qui d'ailleurs était sans importance. Des tractions combinées sur le cou et sur le bras amenèrent rapidement le tronc. J'eus alors l'explication d'une des causes de la dystocie, l'enfant était énorme ; à mon grand regret et malgré le désir exprimé par moi il n'a pas été pesé, mais j'estime son poids à 12 livres (six kilogs) au moins ; jamais je n'avais vu si gros enfant. Le rétrécissement était d'ailleurs modéré et je l'évaluai à 9 centimètres ou 9 cent. 1/2 environ.

Malgré ces nombreuses manœuvres, faites d'ailleurs avec une extrême douceur, grâce à l'absence de lésions du conduit vulvo-vaginal et aux précautions antiseptiques prises pendant toute la période puerpérale, les suites de couches furent absolument normales et la femme fut très vite rétablie.

Il est évident pour moi que dans ces deux cas la manœuvre de Ribemont a seule permis l'extraction du tronc. Si j'avais voulu m'acharner à tirer sur le cou du fœtus, j'aurais infailliblement occasionné la décollation et je me serais exposé en plus à léser grièvement les parties maternelles, et il eût fallu ensuite aller à la recherche des bras pour amener le tronc ; or, comme le fait remarquer l'auteur de la méthode, mieux vaut le faire avant, d'abord c'est plus facile et cela évite au point de vue des assistants d'ajouter à l'aspect barbare de cette opération, déjà assez pénible par elle-même.

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

### *Gynécologie.*

1° **De l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer de l'utérus.** — On sait que cette question a été l'objet d'un rapport lu à l'Académie de médecine (1), par Le Fort, rapport dans lequel son auteur se prononçait en principe en faveur de l'opération. Verneuil au contraire avait exprimé ses préférences pour l'hystérectomie partielle et justifié son appréciation par des faits tirés de sa pratique personnelle. Dans la discussion actuelle, on a de nouveau abordé cette question de la valeur thérapeutique de l'opération, en faveur de laquelle se sont prononcés les différents membres qui ont traité de ce point spécial (Terrier, Routier, Pozzi). Cependant, Terrier qui a fourni les éléments statistiques les plus importants déclare l'hystérectomie vaginale une opération sérieuse, car le taux de la mortalité pour ses opérées a été de 22 0/0. On a de nouveau insisté sur les indications et les contre-indications de l'opération, que Pozzi, en particulier, a soigneusement passées en revue : envahissement des ligaments larges, rendu probable par l'absence de mobilité de l'organe et la difficulté de son abaissement, après l'anesthésie; envahissement secondaire ou primitif du vagin, même lorsqu'il est très limité; le volume considérable du corps de l'utérus cancéreux rendant laborieux ou impossible son extraction. Ce dernier auteur fait également le procès de « *l'hystérectomie dite palliative avec ou sans résection du cul-de-sac vaginal* » et déclare que dans les cas de contre-indication à une opération radicale, il est préférable de recourir à l'évidement et au grattage méthodique des tissus malades, suivis de la cautérisation au fer rouge. Enfin ce point spécial de technique opératoire, d'origine française que Müller a le premier vulgarisé en Allemagne, la substitution des

(1) Vid. in. *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1888, p. 51.

pinces hémostatiques appliquées sur les ligaments larges aux ligatures de ces mêmes ligaments, a été l'occasion d'une critique assez vive et d'une question de priorité, soulevée déjà par Péan, à un précédent congrès. Demons (Bordeaux) et Pozzi, ont signalé quelques dangers associés à leur emploi, la saisie possible de l'uretère, de la paroi du rectum, l'insuffisance en tant que moyen hémostatique, les plus grandes difficultés de l'antisepsie, les retards dans la guérison... attaques auxquelles Richelot, dont le nom est associé à la méthode, a répondu « que le seul moyen de prévenir l'hémorrhagie, quand l'utérus ne peut être abaissé, est de se servir des pinces ; que la guérison n'est pas retardée, que si l'uretère peut être pris dans une pince le même accident est survenu quand on usait de ligatures, qu'enfin c'est précisément ce procédé qui a le plus contribué à la vulgarisation de l'opération ».

TERRILLON. — **Quinze hystérectomies abdominales pour fibromes volumineux ; réflexions à propos de soixante autres cas de fibromes volumineux.** — L'auteur a particulièrement en vue dans ce travail les fibromes qui ont une tendance à se porter au dehors du bassin et vers la cavité abdominale. Ceux qui, au contraire, se développent du côté de la cavité utérine, du côté du vagin, donnent lieu à des considérations de pratique très différentes. Contre les fibromes, volumineux, mais suffisamment mobiles qui, pour les hémorrhagies ou les compressions des organes voisins, mettent la vie en péril, l'hystérectomie est indiquée, mais c'est une opération grave. Dans les cas de fibromes peu volumineux, lorsqu'ils s'accompagnent d'hémorrhagies sérieuses, mieux vaut recourir à l'ablation des ovaires et des trompes. Quand l'existence n'est pas nettement menacée, on peut assez souvent à l'aide des seuls moyens médicaux permettre aux femmes de traverser heureusement la période dangereuse de l'évolution des fibromes. Ce n'est pas une guérison radicale qu'on leur procure, mais, en somme, elles reviennent à une existence à peu près normale.

BERRUT. — **Considérations paradoxales sur la situation de l'utérus. rétroversion de l'utérus.** — Dans le toucher, debout, l'utérus étant dans sa situation normale, le doigt explorateur n'atteint pas la face postérieure de l'organe. Le seul fait qu'elle soit accessible constitue par conséquent un excellent élément du diagnostic de la rétroversion. Quant à celle-ci, elle se corrige parfois spontanément. Mais quand elle montre une tendance à devenir permanente,

il y a tout avantage à la combattre par l'application de l'anneau sigmoïde, *à la condition toutefois qu'elle aura été au préalable soigneusement réduite.* La position génu-pectorale facilite singulièrement cette réduction.

D'ailleurs la station verticale, adoptée secondairement par la femme, comme le fait ressort de l'examen comparé de ses organes génitaux et de ceux des quadrupèdes, favorise beauconp cette instabilité de la matrice et les déviations qui en sont la conséquence.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 12 avril.*

KIRMISSON lit un travail sur **un cas de grossesse extra-utérine.**

SCHWARTZ lit un travail sur **deux cas de torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.**

Ces deux travaux sont renvoyés à l'examen d'une commission. Nous les analyserons un peu plus tard.

Dr CLÉMENT. — **Avortement au 4e mois de la grossesse. — Expulsion d'une môle hydatiforme.** — Femme âgée de 29 ans, enceinte pour la 1re fois. Vers le commencement du 2e mois, il survient un écoulement séro-sanguin, qui se reproduit tous les jours, avec une abondance plus ou moins grande. Dans le courant du 3e mois, la perte se transforme en une métrorrhagie persistante. Le 30 septembre, apparaissent des douleurs utérines violentes qui s'accompagnent d'une hémorrhagie tellement profuse, que le tamponnement est jugé nccessaire. Il est fait avec toutes les précautions antiseptiques indispensables. Aussitôt l'hémorrhagie s'arrête, et le travail se déclare franchement. Quelques heures plus tard la femme accouche du tampon, et d'une masse qu'on reconnaît être une *môle hydatiforme;* elle pèse 1250 grammes. « Elle est constituée par un réseau inextricable de filaments transparents, auxquels sont suspendues des vésicules égalemsnt transparentes, de volume variable, mais dont les plus grosses ne dépassent pas cependant celui d'une amande; elles contiennent un liquide séreux d'une limpidité parfaite. L'enveloppe la plus extérieure de la môle est plus rouge et plus résistante ; au milieu de ces grappes vésiculeuses enchevêtrées, on trouve quelques îlots plus épais, plus rouges; ce sont les vestiges du placenta envahis par la dégénérescence hydatique. Aucune trace d'embryon et de fœtus. »

L'auteur a constaté dans ce cas, en plus de l'hémorrhagie, cet autre symptôme habituel des môles hydatiformes, *le défaut de concordance entre le volume de la matrice et la date présumée de la grossesse.* Comme toujours, ce volume lui a paru supérieur à celui qu'il aurait dû trouver pour une grossesse arrivée au 4e mois.

Quant aux suites de couche, elles furent favorables. *Guérison* complète.

Porak lit un rapport sur le travail de M. Poullet, **Du traitement des paramétrites par la dilatation et le curettage de l'utérus; redressement actif des rétroversions adhérentes.**

L'idée originale et dominante du travail de M. Poullet est celle-ci : *la paramétrite à ses divers degrés d'acuité ne constitue pas une contre-indication à la dilatation du col et au curettage de la cavité utérine; bien au contraire, ce traitement a une action très favorable sur la résolution de l'inflammation péri-utérine.* La suppuration seule constitue une contre-indication.

Et M. Poullet déclare en outre que la condition capitale du succès réside dans l'observation rigoureuse des précautions antiseptiques.

Porak traite d'abord de ces deux points : *a*) l'antisepsie rigoureuse met-elle sûrement à l'abri de tous les accidents; *b*) Est-il possible de faire une antisepsie absolue des voies génitales ? Et il les résout d'une manière négative.

a) Les accidents ne sont pas nécessairement de nature inflammatoire ou septique. Il se produit aussi des accidents d'ordre réflexe, graves, parfois mortels. Quoi de plus antiseptique que la cautérisation du col au fer rouge? Pourtant, elle a pu causer la mort qui est survenue bien avant le détachement de l'eschare, sans qu'il soit possible d'incriminer un commencement de putréfaction, des effets de résorptions putrides,... N'a-t-on pas vu des accidents sérieux se développer consécutivement à des injections intra-utérines, qui cependant avaient supprimé la fétidité des lochies ? Le badigeonnage du col avec de la teinture d'iode, préparation cependant antiseptique, a pu déterminer du péritonisme intense... Enfin Terrillon a signalé, tout récemment, les conséquences formidables qu'entraînent parfois à leur suite les interventions sur l'utérus les plus insignifiantes en apparence, dans

l'existence méconnue, et trop facilement méconnaissable, de suppurations de la trompe.

b) Quant à réaliser l'asepsie absolue des voies génitales, cela est sans doute impossible. « Le vagin est comme la bouche, il est peut-être impossible de détruire les germes qui se trouvent à sa surface. Mais cela est encore plus vrai pour l'utérus, qui est beaucoup moins accessible à nos procédés de nettoyagé parfait, et dont la muqueuse, la musculeuse et le tissu cellulaire voisin et sous-séreux peuvent recéler les germes septiques ».

En ce qui concerne la contre-indication formelle, reconnue par M. Poullet et qui consiste dans la présence du pus « c'est, dit Porak, une réserve précieuse à enregistrer, car je demanderai comment on pourra s'assurer s'il y a ou non suppuration ?»

En résumé, de l'avis du rapporteur, le traitement préconisé peut convenir aux paramétrites secondaires, à celles qui sont consécutives et liées à une endométrite rebelle. Guérir l'endométrite, en recourant à la dilatation et à l'écouvillonnage, pour guérir du même coup la paramétrite connexe. Mais dans les autres cas, la circonspection la plus grande s'impose et d'ailleurs la méthode a besoin en sa faveur d'observations plus nombreuses.

Richelot fait un court rapport sur une observation de **kyste parovarien** présenté par M. Maugin, assistant à la clinique de Doléris, dans une séance antérieure (1).

Le fait est intéressant à un double titre : 1° à cause des conditions non pas inconnues mais assez exceptionnelles, dans lesquelles le diagnostic a été porté, la tumeur s'étant montrée, très près de son début, dans le cul-de-sac de Douglas, et ayant simulé un prolapsus de l'ovaire ; 2° à cause de la nature même qui soulève une question anatomo-pathologique digne de nos réflexions.

Porak donne quelques renseignements rétrospectifs sur la femme à propos de laquelle il a consulté ses collègues de la Société dans la dernière séance (2). On se souvient qu'il s'agissait d'un accouchement compliqué par la présence de tumeurs, dont l'une, obstruait presque complètement l'excavation. On avait pensé qu'il s'agissait des fibromes. Conformément aux avis émis par plusieurs de ses collègues, et parce que l'existence de la femme ne lui a paru, à

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1888.
(2) Vid. *Ibid.*, avril 1888, p. 291.

aucun moment, exiger une intervention immédiate, il a attendu. Or, le même soir, la tumeur s'est réduite spontanément, l'excavation est devenue libre et la dilatation s'est faite régulièrement. A 9 h. 1/2, la dilatation était complète, on peut atteindre aisément les pieds du fœtus et l'extraire. Il était mort depuis peu de temps. Délivrance normale un quart d'heure après. Suites de couches à peu près normales.

En raison des rapports de situation nouveaux, que la tumeur principale après sa réduction spontanée a affectés avec la matrice, Porak exprime quelques doutes quant à la justesse du diagnostic de fibrome. Un peu mobile, pas douloureuse, elle ne fait pas corps avec l'utérus. Celui-ci, refoulé à droite, en est éloigné de trois à quatre travers de doigt. Il s'agit donc, peut-être, hypothèse rendue encore plus vraisemblable par le défaut de régression de la tumeur, non d'un fibrome, mais d'une tumeur ovarique, pédiculée. Porak donne ensuite communication de deux autres observations de corps fibreux compliquant la grossesse dont nous ne pouvons donner ici que le résumé très bref.

Obs. II. — *Corps fibreux multiples de l'utérus, l'un sous-séreux, l'autre interstitiel. — Avortement spontané au 5e mois de la grossesse. — Rétention du délivre. — Ablation du corps fibreux interstitiel. — Atrophie et disparition du corps fibreux sous-séreux. — Superinvolution utérine.*

Obs. III. — *Grossesse gémellaire. — Corps fibreux multiples. — Avortement provoqué dans le cours du 3e mois de la grossesse. — Rétention du placenta. — Mort par intoxication à la suite d'injections intra-utérines de sublimé corrosif au* 1/2000 *et au* 1/4000.

Dans la discussion, Championnière, Charpentier, Guéniot, objectent à l'idée émise par Porack qu'il s'agissait chez sa 1re malade d'un kyste ovarique et non d'un fibrome, que l'écartement de la tumeur et sa mobilité ne prouvent en aucune façon qu'elle fut pédiculée, que le défaut de rétraction se rencontre même dans le cas de fibrome, que l'existence de deux autres fibromes parle en faveur de la nature fibreuse de la tumeur principale, qu'enfin son ascension même témoignait contre l'hypothèse qu'elle était pédiculée; si elle l'eût été, elle n'aurait pas suivi la paroi utérine remontant sous l'influence des contractions. Pajot fait en outre ressortir l'utilité qu'il y a à savoir faire de l'expectation tant

qu'une indication nette, tirée des intérêts de la mère et de l'enfant, ne fait pas un devoir d'intervenir. Il rappelle à ce sujet un cas bien intéressant, qui fit l'objet de sa dernière leçon. Nous l'avons publié à cette époque (1).

Loviot. **Forceps avec réduction manuelle pour une variété postérieure du sommet.** — L'auteur relate l'observation recueillie à la clinique d'accouchement, d'un cas de présentation OIDP, dans lequel il put aisément, la rotation ne s'effectuant pas, grâce à la manœuvre de réduction manuelle qu'il a fait connaître et décrite dans un mémoire antérieur (2), et par une application de forceps, opérer cette rotation et extraire l'enfant. Il était vivant et pesait 2,870 gr.; la tête était normalement ossifiée; l'occipito-frontal mesurait 11 centim.; l'occipito-mentonnier 12,1; le bipariétal 8,8; le sous occipito-bregmatique 9,2. (Obs. consignée dans les bulletins de la Clinique d'accouchements, janvier 1888). Loviot indique que la manœuvre qu'il préconise a donné déjà des succès semblables à ceux qu'il a obtenus lui-même, à Champetier de Ribes, Maygrier, Bureau, Olivier, Budin. Dans le cas d'Olivier, il s'agissait d'un enfant qui pesait 3,400 gr.

MM. Pajot, Charpentier, Guéniot, Bailly, et Rey ont fait quelques remarques.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

### *Séance du 27 janvier* 1888.

*Présentations :* Odebrecht. — a) **Myome sous-muqueux de l'utérus** enlevé par la laparotomie. La tumeur, durant le *puerperium*, était devenu le siège de transformations putrides. Il est probable que la putridité a été la conséquence d'une intervention intra-utérine, destinée à arrêter une hémorrhagie *post partum* par l'enlèvement de débris de membranes. Le revêtement muqueux de la tumeur aurait été déchiré au cours de cette intervention. Accidents fébriles accusés, dus à des phénomènes de résorption. Laparotomie et traitement extra-péritonéal du pédicule. *Guérison.*

b) **Cancroïde de la portion vaginale**, extirpé par l'amputation élevée du col de l'utérus. L'utérus était comme immobilisé par des

---

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1887, p. 2.

(2) Vid. *Ibid.*, octobre 1884, p. 241.

masses au sujet desquelles il était impossible d'affirmer si elles représentaient des produits d'une inflammation simple, ou d'une propagation de la néoplasie cancéreuse. La *guérison, sans aucune traces de récidive*, se maintient depuis 16 mois.

c) **Tumeur solide de l'ovaire.** — La pièce provient d'une femme âgée de 27 ans. La femme souffrante depuis longtemps, accusait des douleurs, de l'amaigrissement, de l'anorexie. La tumenr faisait penser à un utérus gravide de 8-9 mois. Pas de fluctuation. On eut l'idée qu'il s'agissait d'un myome de l'utérus. Mais, dans l'examen après anesthésie chloroformique, on constata que cet organe était situé en arrière de l'utérus et mobile. Extirpation facile. *Guérison.* L'examen histologique, confirmé par C. Ruge, démontra qu'il s'agissait d'une tumeur carcinomateuse de l'ovaire.

Flaisclen, 2 **utérus.** (Obs. 1). — Femme extrêmement affaiblie par des hémorrhagies profuses. Sauf un épaississement de ses parois dû à des accidents de métrite, l'utérus ne présentait au premier examen rien d'anormal. L'examen même de débris obtenus par le raclage ne révéla que des lésions de métrite simple. Cependant un morceau de tissu obtenu avec la curette présentait la transformation d'un **adénome malin en carcinome.** Le diagnostic de la nature maligne du processus, fut confirmé par Ruge. L'opération fut bien supportée par la malade, quoique très anémique. Suites opératoires heureuses. *Guérison.*

2) **Dégénérescences en chou-fleur de la portion vaginale.** — La néoplasie avait envahi le col sur une grande étendue. Pour se faire de la place, on enleva d'abord une grande partie des excroissances avec la curette. Puis l'hystérectomie fut pratiquée. *Guérison* sans phénomènes réactionnels.

Lohlein lit un travail ayant pour objet : **Des soins à donner aux nouvelles accouchées et de la création d'établissements spécialement destinés aux nouvelles accouchées dénuées de ressources.** — Pendant quelle période de temps une femme accouchée a-t-elle besoin de soins spéciaux si on veut la mettre à l'abri des inconvénients possibles avec des fatigues prématurées? Habituellement, cette période se ressent de la condition sociale même de l'accouchée. Et cependant, scientifiquement, la seule réponse admissible est la suivante : des soins spéciaux sont nécessaires aussi longtemps que l'utérus, musculeuse et muqueuse, n'a pas complètement accompli son involution. Dans les circonstances tout à fait favorables, cette

involution est terminée à la fin ou au cours de la quatrième semaine. Mais souvent elle réclame 6 semaines et même de 8-12 chez les femmes malades ou très faibles. Ces établissements spéciaux dont l'utilité doit être hautement affirmée par les médecins, seraient destinés non seulement aux accouchées qu'on renvoie d'ordinaire des maternités du 9-12e jour après l'accouchement, mais aussi aux femmes et aux filles qui ont accouché chez elles et ne disposent pas des ressources nécessaires pour les soins consécutifs.

*Discussion.* Y ont pris part : Veit, Hadlich (Cent. f. Gynäk. 1888 (n° 8).

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

*Séance du 4 avril* 1888.

*Présentations :* Cullingworth. — **Kyste à parois épaisses**, situé en arrière de l'utérus.

**De la scarlatine pendant la grossesse et pendant l'état puerpéral** (1).

*Discussion :* Dolan. — Il est impossible, en pratique, de réaliser toutes les conditions de sécurité indiquées par Boxall. De son expérience personnelle il ressort que, contrairement à l'opinion la plus en faveur, les femmes, en état puerpéral, ne paraissent pas contracter la scarlatine, même quand elles sont exposées à la contagion. A Halifax, le taux de la mortalité puerpérale ne s'est pas élevé pendant les épidémies de scarlatine. Créer deux catégories de praticiens, destinés les uns à surveiller les accouchements, les autres à soigner les sujets scarlatineux n'est ni possible ni nécessaire. Playfair rappelle qu'on a soutenu que, dans certaines conditions, la scarlatine prenait, chez les femmes en couches, une gravité toute particulière, qu'elle peut parfaitement suivre son évolution habituelle, enfin que, dans quelques cas de *puerperium*, elle affecte des allures tout à fait nouvelles au point de donner le change avec la septicémie puerpérale. Or, les observations, valides, de Boxall ne contredisent pas à ces idées. Et, circonstance à noter, ses malades étaient dans les conditions les plus favorables et où les graves effets de la scarlatine ne pouvaient que difficilement se produire. Néanmoins, il a observé une première forme

---

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1888, p. 143 et avril, 296.

de scarlatine très bénigne, et une deuxième forme identique en apparence à la fièvre puerpérale. Boxall a noté la réceptivité plus marquée des puerpérales à la contagion scarlatineuse, certaines modifications dans la symptomatologie de l'affection, et l'influence modificatrice éventuelle d'un facteur resté inconnu. Si ce facteur existe, il doit évidemment se faire sentir d'une manière plus marquée, plus profonde chez les femmes qui ne sont pas entourées des mêmes soins qu'au « *General Lying-in Hospital* ». Ces diverses modalités de la scarlatine puerpérale, forme bénigne, larvée, septique, sont liées peut-être au mode de contamination, contagion par le mécanisme habituel ou infection directe sur le canal génital au cours des examens, des opérations... HERMAN. D'après lui, le virus scarlatineux, quand il s'attaque aux femmes en état puerpéral, produit la scarlatine et pas d'autre maladie. B. HICKS. Le poison scarlatineux va souvent avec la fièvre puerpuérale ou la septicémie, l'élément scarlatineux restant latent ou occulte. M. DUNCAN. Les antiseptiques annihilent les microbes de la suppuration et de la septicémie, mais ils ne garent pas de la scarlatine. Ce qu'on appelle « scarlatine obstétricale ou chirurgicale » correspond en réalité à un certain nombre de processus morbides; quant à la scarlatine vraie, qui survient pendant les premiers jours des suites de couches, sa mortalité est extrêmement élevée. Il n'existe pas de relation étroite entre la scarlatine et la fièvre puerpérale. Au moment même où la scarlatine faisait rage à Londres, faisant par semaine 250 victimes, le chiffre de la mortalité par fièvre puerpérale ne s'est pas élevé. GALABIN. Tout en constatant ce que, dans les cas observés par Boxall, l'absence de mortalité a de remarquable, il présente des statistiques qui témoignent que l'opinion commune de la gravité spéciale de la scarlatine puerpérale, n'est pas erronée, La bénignité dans les cas précédents est peut être due à l'action favorable des agents antiseptiques, peut-être même simplement au caractère bénin de la maladie en elle-même. L'expérience démontre en effet que la scarlatine puerpérale, en l'absence de toute médication antiseptique, peut être sans aucune gravité. Par contre, il peut survenir des accidents abdominaux des plus sérieux, deux fois il a vu éclater, pendant la desquamation, une péritonite mortelle. C'est se faire quelque illusion que de tenir la scarlatine et la septicémie pour deux processus septiques entièrement distincts, qui ne peuvent se transformer l'un dans l'autre. La septicémie ne repré-

sente pas une maladie, mais tout un groupe de maladies; elle est beaucoup plus comparable à toutes les affections zymotiques qu'à l'erysipèle et à la scarlatine. M. Duncan a fait voir que la puerpérale ne suit pas les recrudescences de scarlatine et d'érysipèle, c'est là une preuve solide que le virus scarlatineux ne peut que difficilement déterminer une affection simulant la septicémie. Cela prouve aussi que la scarlatine n'est pas une cause importante de fièvre puerpérale.

Horroks. — La scarlatine commune est rare dans l'état puerpéral. Il se peut que quelques-unes des observations de Boxall ne se rapportent pas vraiment à des scarlatines. Le fait de l'infection scarlatineuse n'a pas d'influence sur la durée du travail. West maintient que la scarlatine est une maladie spécifique. Il a observé beaucoup de cas de fièvre puerpérale, mais il n'en a jamais rencontré un dont on put faire remonter l'origine à la contagion scarlatineuse. La femme enceinte, celle en travail, la nouvelle accouchée ne semblent pas très prédisposées à contracter la scarlatine. J. Williams. Il ne faut pas oublier qu'il y a des épidémies de scarlatine, les unes bénignes, les autres graves; qu'une scarlatine légère peut, par contagion, faire se développer une scarlatine des plus sévères; que la scarlatine peut, mais secondairement, par voie indirecte, causer la septicémie. Au cours d'une épidémie, la scarlatine peut frapper des femmes placées dans des services d'accouchements d'où l'on est parvenu à bannir la fièvre puerpérale; ce que, dans ces circonstances, produit la contamination scarlatine, c'est la scarlatine, jamais la septicémie. Ont fait quelques remarques : Cayley, Champneys, Collins, Hayes, Chalmers, (*Brit. med. J.*, mars et avril 1888.)

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE GLASGOW

L. Reid. A propos d'**un cas de dysménorrhée membraneuse**. — Femme âgée de 37 ans. 12 grossesses dont 4 avortements, ceux-ci non imputables à la syphilis mais à des circonstances fortuites. A l'âge de la puberté, elle subit un refroidissement et fut, depuis lors, à chaque époque menstruelle, sujette à des accidents de dysménorrhée et de ménorrhagie. Plusieurs de ses accouchements furent suivis d'hémorrhagies considérables qui, par leur abondance ou leur continuité, mirent son existence en péril. On constata,

dant 4 jours jusqu'au moment où l'on eut complètement évacué le rectum. Car il est à remarquer que la rétention des matières dans le rectum contribue à prolonger les accidents hydrorrhéiques.

*Examen de la pièce.* — Les pièces histologiques montrèrent que dans l'ensemble le tissu de la membrane ressemblait assez à la couche épidermique cutanée. Mais sur d'autres points, on apercevait de longs faisceaux de fibrine circonscrivant des lacunes dans lesquelles il y avait quelques éléments cellulaires.

Sloan relate une observation personnelle de dysménorrhée membraneuse. Dans le cas en question, la thérapeutique fut assez heureuse pour qu'on vît une grossesse évoluer normalement. Il n'a jamais observé la maladie chez des femmes vierges.

Campbell, Stark expriment l'opinion que la dysménorrhée membraneuse correspond à un processus inflammatoire. (*Edinb. med. J.* Avril 1888.)

Dr R. Labusquière.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

*Séance du 7 février* 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

Boldt présente des **ciseaux à trachélorrhaphie** qui lui ont rendu de grands services depuis cinq ans. Ils sont courbés sur le plat, et pointus.

Coe présente le **speculum de Jones de Cincinnati** (1), utile surtout dans le décubitus dorsal.

Lee. — **Carcinome, amputation du col, avortement.**

Hanks fait remarquer que dans 10 0/0 des cas d'épithélioma compliquant la grossesse, celle-ci est méconnue.

Mc Lean. — **Rupture de l'utérus pendant un premier accouchement, grossesse, délivrance par la version. Succès.**

Coe. **Rétroflexion, utérus fixé, hystérorrhaphie.** — Le traitement par les tampons, continué pendant deux ans, avait échoué. Coe rompit les adhérences, enleva les ovaires et les trompes, et sutura, avec de la soie, le fond utérin à la paroi abdominale.

L'opérée a été débarrassée d'une forte douleur lombaire, dont elle souffrait auparavant, l'utérus reste antéversé. Klotz a eu 13 cas de succès.

---

(1) Décrit dans les *Annales de gyn.*, 1887, t. II, p. 157.

BOLDT. — **Cystite suppurative exfoliatrice** (1).

L'auteur la distingue de la cystite diphthéritique croupale, ou plastique. Elle est fréquente surtout pendant la grossesse et l'état puerpéral.

COE cite des observations de Tulpius, Zeitfuchs, Wittich, Luschka, Haussmann, Maunder, Schatz, Moldenhauer, Brandeis, van Madurowicz, Martyn, Sp. Wells, Hurry, G. Hewitt, Frankenhaüser, Pinard et Varnier et Boldt.

La cause la plus fréquente de cette cystite est la rétroversion de l'utérus gravide. Puis viennent : la pression prolongée de la tête du fœtus pendant l'accouchement, lorsque la vessie est pleine ; la rétention de l'urine ; l'extension à la vessie d'une inflammation des reins.

BOLDT met en doute cette cause.

L'urine, au début, est alcaline ; elle contient beaucoup de phosphates, parfois de l'épithélium rénal ; la malade urine fréquemment, et rend chaque fois peu d'urine ; la sonde est souvent bouchée par des débris muqueux. La malade présente quelquefois de la rétention.

BOLDT admet trois degrés dans cette affection :

1° La muqueuse et le tissu conjonctif sont intéressés.

2° La couche musculaire est envahie.

3° La destruction atteint la séreuse.

Si la muqueuse est restée indemne autour de l'orifice uréthral, elle peut se régénérer.

Si la cystite est due à une rétroversion, il faut réduire l'utérus. La malade doit être dans le décubitus génu-pectoral ; l'opérateur, introduisant l'index et le médius dans le rectum, repousse l'utérus en avant et *sur le côté*, pour que le fond contourne l'angle sacro-vertébral. Boldt a toujours réussi, grâce à ce procédé. S'il échouait, il n'hésiterait pas à faire la laparotomie, ou à provoquer l'avortement. Puis il faut vider la vessie régulièrement, et faire des lavages phéniqués 1/200, sublimés 1/20,000, ou boriqués.

Lorsqu'on ne peut introduire la sonde, il faut, sans tarder, dilater l'urèthre, et enlever toutes les portions nécrosées.

Si la tunique musculaire est intéressée, on ne doit pas laisser

---

(1) Voyez, à ce sujet : PINARD et VARNIER. Cystite gangréneuse et rétroversion. *Ann. de gyn.*, 1887, t. I.

l'urine s'accumuler dans la vessie; il faut maintenir l'urèthre dilaté, ou faire une fistule vésico-vaginale.

Boldt n'admet pas la taille vaginale, conseillée par Pinard et Varnier (1) pour l'extraction des débris. Les médicaments sont inutiles. Boldt rejette l'emploi de la glace en boisson, et recommande l'eau chaude, pour étancher la soif de la malade. L'antisepsie la plus scrupuleuse est indispensable.

Dudley cite un cas récent d'application du forceps. L'accouchée rend une grande quantité de phosphates ; elle a, de plus, une déchirure du vagin.

Murray croit que l'état de santé de la malade est pour beaucoup dans l'étiologie de cette cystite; il l'attribue aussi aux efforts faits pour le cathétérisme, ou au fait que l'urine n'a pas été évacuée avant les opérations ou les manœuvres. Il croit que l'acide benzoïque peut prévenir la décomposition de l'urine.

Dudley se loue de ce médicament.

Mc Lean a vu la cystite exfoliatrice en dehors de la grossesse. La malade est exposée à l'ammoniémie, qu'on doit prévenir par des lavages vésicaux fréquents. Il faut dilater l'urèthre; la morphine, que quelques-uns rejettent, est fort utile.

Coe. **Craniotomie exceptionnellement difficile.** — La parturiente présentait un rétrécissement considérable du diamètre conjugué (7 c.8); l'arcade pelvienne était étroite et la symphyse pubienne faisait saillie dans le bassin. L'enfant étant mort et la tête écrasée avec le crânioclaste, l'extraction ne put être faite. Coe essaya de nouveau la version mais ne put amener qu'un bras, que le Dr Morill amputa. Coe réussit alors à saisir une jambe, qui céda aux tractions. L'autre jambe ne put être amenée au delà de l'orifice interne. Le second bras étant désarticulé dans l'épaule, Coe put extraire l'enfant, avec beaucoup de peine, et avec l'aide du Dr Flynn. Il fallut faire la délivrance artificielle. Le tout dura cinq heures. L'accouchée succomba au bout de 48 heures. L'enfant pesait plus de 9 livres. La muqueuse et la musculeuse utérines étaient comme gangrénées.

L'auteur dans un cas semblable, n'hésiterait pas à faire l'opération césarienne. Il croit que la rupture de l'utérus était imminente.

Murray a vu un cas de contraction en clepshydre, avant la sor-

---

(1) *Annales de gyn.*, 1887, t. I, p. 362.

tie du fœtus; avec de la patience il réussit à triompher de la contraction, et à faire la version.

Mc Lean croit qu'il faut, dans ces cas, faire la version lorsque le fœtus est encore au détroit supérieur. La contraction utérine dans le cas de Coe, a été due sans doute aux essais réitérés d'extraction à l'aide du forceps.

Jacobus, Von Ramdohr, Gakrigues, Flynn, Hanks et Boldt ajoutent quelques mots.

---

*Séance du 21 février 1888.*

PRÉSIDENCE DE HANKS

Freeman. **Moule fibrineux de la vessie.** — La cystite semble avoir été causée par un fibrome dont la pression divisait la vessie en deux compartiments.

Jacobi croit que, vu le long séjour de la pièce dans une solution phéniquée, l'examen microscopique ne pourrait guère servir à établir sa nature. Elle ressemble fort à un gros caillot fibrineux, suite d'une hémorrhagie assez ancienne. Si l'on pouvait la séparer en couches concentriques, on serait autorisé à la considérer comme diphthéritique. Il cite les expériences de Heubner qui prouvent que le processus diphthéritique peut débuter dans la vessie, en un point resserré, et, de là, s'étendre à tout l'organe, sans affecter la muqueuse.

Freeman ajoute que la malade a eu une cystorrhagie.

Boldt. **Péritonite septique**, laparotomie. La malade a été délivrée rapidement avec le forceps par un médecin sans diplôme, déjà condamné pour exercice illégal. Ce praticien ordonna une pommade pour la déchirure du périnée, disant que la fièvre et la douleur abdominale cesseraient bientôt. Au moment de son admission à l'hôpital, le pouls battait 120, la température axillaire montait à 39°. Perte putride, péritonite générale. Déchirure périnéale intéressant tout le sphincter anal et remontant à 13 millim. dans le rectum.

La muqueuse vaginale était déchirée en plusieurs endroits, des lambeaux pendaient dans le canal, rempli de caillots puants; le col était déchiré et largement ouvert.

Boldt, aussitôt qu'il la vit, se décida à opérer; il incisa l'abdo-

men, et fit un lavage complet avec de l'eau à 46° puis il fit des sutures en fil d'argent. Il irrigua aussi l'utérus et le vagin, et plaça un tampon de gaze iodoformée après chaque irrigation.

La température buccale descendit à 37°,22. Mais, malgré les stimulants, la malade succomba le lendemain.

Boldt explique ainsi les lésions : le forceps glissa sans doute, puis fut replacé sans soin et sans être enlevé complètement, il pinça ainsi les plis du vagin, que les tractions subséquentes déchirèrent.

Il demande l'opinion des membres présents sur l'utilité de la laparotomie dans ces cas.

Hanks croit que la question n'est pas encore assez mûre pour être résolue définitivement d'une manière générale. Dans le cas de Boldt, le traumatisme était tel que les produits septiques avaient d'autres portes d'entrée que le péritoine.

Jacobi partage cette opinion. Il croit que dans cinq ans, on fera moins souvent la laparotomie, et que la septicémie n'en sera pas une indication. Le lavage du péritoine n'est pas toujours aussi facile qu'il le semble.

Lee. **Hystéro-épilepsie, laparotomie, enlèvement des annexes, coma urémique. Mort.** — Lee enleva la trompe et l'ovaire droits, les organes gauches ayant été enlevés deux ans auparavant.

L'opérée succomba au bout de quatre jours, avec de l'anurie et du coma.

*Autopsie.* — Congestion des deux reins ; péritonite générale.

Dudley a eu un malheur semblable, il y a un an.

Les reins de l'opérée ont été examinés par le Dr Porter, qui attribua leur lésion à l'inhalation de l'éther. Dudley insiste sur la nécessité d'un traitement préparatoire, comme la diète lactée, dans tous les cas où l'on peut soupçonner une maladie rénale.

Hanks croit qu'une des causes de la néphrite a pu être le froid, et l'impossibilité où l'on s'est trouvé de chauffer suffisamment le pavillon.

Freeman rapporte un cas dans lequel la lésion rénale, qui causa la mort par suppression de l'urine, ne peut être attribuée qu'à l'éther. Les reins étaient sains avant l'opération.

Talbot cite un cas analogue.

Jacobi. — **Traitement de quelques maladies des nouveau-nés.**

Fruitniht rapporte un cas dans lequel il a ramené à la vie

un enfant venu au monde à l'aide du forceps, par l'application d'un courant électrique. Un des pôles était placé sur le sterno-cléido-mastoïdien, l'autre au niveau du diaphragme.

Il a vu un grand nombre de *céphalématomes*. Dans deux cas qu'il a vus en consultation après que l'incision avait été faite, la mort survint par hémorrhagie. D'après son expérience, ces tumeurs disparaissent par résorption lente.

PARTRIDGE a vu des cas d'**hématome du sterno-cléido-mastoïdien**. Il préfère le nom de myosite circonscrite. Ces tumeurs disparaissent sans traitement, en 6 ou 8 semaines.

MURRAY en a vu un cas dans une présentation de la face ; il est surpris que le muscle ne se rompe pas plus souvent dans ces cas.

Dans l'**atélectasie** il cherche à faire crier l'enfant. La provocation du cri lui suffit aussi dans la bronchite.

FOSTER a ranimé un enfant, au moyen d'un courant faradique, et arrêté, par le même moyen, une hémorrhagie *post partum*.

JACOBI affirme que dans les cas de bronchite, si les voies sont encombrées de mucus visqueux, il est fort utile de faire crier l'enfant pendant plusieurs minutes toutes les heures. Pour provoquer le cri, il frappe l'enfant, le secoue, le met dans un bain chaud, et lui verse de l'eau chaude sur le cou. Il ferme la bouche et le nez de l'enfant pendant quelques secondes; l'inspiration profonde qui succède à cette occlusion est très utile.

BOLDT croit utile le tamponnement de l'utérus avec la gaze iodoformée, dans les hémorrhagies de l'accouchement.

JACOBI craint que la quantité d'iodoforme employée ne produise un empoisonnement.

MURRAY craint que les contractions produites par l'application de l'électricité ne soient trop peu durables pour produire l'arrêt définitif de l'hémorrhagie.

JACOBI a confiance dans cet agent.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

*Séance du* 8 *décembre* 1887.

PRÉSIDENCE DE DRYSDALE

GOODELL. **Kystes ovariques intra-ligamenteux**. (Synonymes : kystes intra-ligamenteux, sessiles, ou encapsulés. Ils sont papillomateux, multi ou uni-loculaires.) Les kystes multiloculaires, souvent fon-

dus avec les tissus voisins, sont plus difficiles à enlever que les autres. Leur origine est fort discutée; Goodell cite les opinions de Malassez et de Sinéty (*Revue de chir.*, août 1887), de Coblentz (*London med Record*, 1882, p. 81), de Weigel (*Am. Journ. of med. sc.*, 1886, p. 81), de Doran (*Tumours of the Ovary*, p. 51).

Le *diagnostic* en est malaisé à faire. Cependant on en peut soupçonner l'existence lorsqu'on trouve l'utérus gros, déplacé latéralement, et tellement adhérent à un kyste qu'on serait porté à croire à une tumeur fibro-kystique utérine; que la vessie est allongée dans le sens vertical, que le kyste en descendant aplatit le rectum, qu'il gêne la miction et la défécation, qu'un kyste crève spontanément, que son développement s'accompagne de violentes douleurs, que la percussion découvre de la résonnance en avant d'un kyste assez gros pour rejeter les intestins sur le côté, enfin lorsque le kyste n'est pas symétrique, et est plus développé d'un côté que de l'autre.

Lorsqu'on découvre un de ces kystes, on voit que la partie inférieure du sac est couverte d'une capsule fibro-musculaire d'un rouge pâle, semblable à celle d'un myome utérin. La partie supérieure a la couleur perlée des kystes ovariens. Cette partie est souvent libre, sans adhérences; la portion encapsulée est sous-péritonéale, et complètement fixée; le kyste n'a pas plus de pédicule que le gland du chêne dans sa cupule.

L'*opération* est difficile. Miner, de Buffalo (1) a eu l'heureuse idée de conseiller l'énucléation qui nous permet le plus souvent d'enlever le kyste.

Le tiraillement de la vessie et les adhérences nécessitent l'emploi de la sonde cannelée et de l'algalie vésicale. Puis on vide les kystes avec le trocart et l'aspirateur. On ferme l'ouverture ainsi faite au moyen d'une ligature ou avec un clamp, et on fait l'énucléation, souvent longue et malaisée. Miner ouvre la capsule péritonéale aussi bas que possible et fait la ligature. Celle-ci n'est pas toujours nécessaire, la cautérisation suffit parfois. Sauf Olshausen, tous les opérateurs placent un drain.

Drysdale a eu le bonheur de ne jamais blesser la vessie. Il croit que tous les vrais papillomes sont mortels.

Baer a fait cinq opérations dans ces cas. Ses opérées se sont

(1) International congress, 1876, p. 801.

remises. L'une d'elles a subi de nouveau la laparotomie faite par Kelly. Baer ne sait pour quelle affection.

KELLY dit que cette malade est morte un an après l'opération qu'il a faite.

J. PRICE n'a jamais enlevé de tumeur de cette espèce.

B. C. HIRST. — **Chorée chez une femme enceinte.**

Cette complication est rare, mais elle est grave. Barnes, Jaccoud, Wenzel, Bamberg, Spiegelberg et Hervé ont constaté une mortalité qui oscille entre 12 et 30 0/0; l'avortement s'est produit dans plus de la moitié des cas.

C'est à l'âge de 9 ans que la malade a vu paraître pour la première fois les mouvements choréiques; ils cessèrent, puis reparurent à 12 ans, se suspendirent de nouveau, pendant un voyage en Angleterre, puis reprirent, à 14 ans. A 16 ans, la menstruation commença, elle se suspendit pendant 12 mois, pendant lesquels la chorée recommença. Elle ne reparut qu'après le premier coït fécondant, aux environs de 19 ans. Pas d'antécédents rhumatismaux, ni lésion du cœur. L'arsenic et l'iodure de fer amenèrent une amélioration considérable.

Le travail commença à terme; mais, les contractions n'ayant aucun effet sur le col, on introduisit une bougie dans l'utérus; 12 heures après, l'enfant vint au monde. La chorée disparut au bout de 15 jours; à ce moment, l'enfant n'avait encore aucun symptôme fâcheux.

J. PRICE. **Cystome multiloculaire compliquant la grossesse et l'accouchement.** — La tumeur ne fut reconnue qu'après la naissance de l'enfant, Price en fit l'ablation, la malade se rétablit rapidement.

H. A. KELLY. — **Asphyxie des nouveau-nés.**

HIRST ne voit pas de danger dans la méthode de Schultze. Dans l'asphyxie blanche, il est douteux qu'aucune méthode puisse réussir.

HELLY a ranimé, à l'aide du galvanisme, un enfant qui était en état de mort apparente depuis 45 minutes.

GOODELL trouve trop brusques la plupart des méthodes; il croit qu'elles éteignent souvent l'étincelle vitale. Dans un cas, après de vains efforts, le père de l'enfant, un médecin, le mit hors de la fenêtre, sur le toit, par une nuit froide; quand on le reprit pour le laver, avant de l'inhumer, il respirait; il vit encore.

LONGAKER, W. S. STEWART et J. PRICE prennent part à la discussion.

---

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du 26 décembre* 1887.

PRÉSIDENCE DE H. T. BYFORD

BYFORD présente un **nouvel élévateur utérin**, articulé, et un peu flexible.

F. M. MERCIER. **Tumeur de l'iléum. Mort par hémorrhagie intestinale; complications nombreuses.** Fibromes utérins; foie friable. Perforation d'une artère de 4 millimètres de diamètre.

L'examen a prouvé que les tumeurs utérines, comme la tumeur intestinale, sont des myomes.

*Discussion :* E. W. SAWYER, C.-T. PARKES, REEVES JACKSON.

E. C. DUDLEY. **Sarcome utérin, hystérectomie vaginale.** — L'hémostase a été faite uniquement au moyen des pinces de Péan.

La seule difficulté de l'opération a été la rupture des adhérences qui fixaient l'utérus à l'intestin grêle. Dudley ne fit pas de suture péritonéale, mais saisit le bord antérieur et postérieur de la plaie péritonéale avec des pinces, qu'il enleva au bout de 24 heures; les autres furent enlevées le lendemain. L'opérée alla bien jusqu'au quatrième jour. Elle se remit.

H. I. BYFORD. **Hystérectomie vaginale.** — La malade, une vierge de 57 ans, n'était plus réglée depuis 10 ans; elle était fort anémique, et souffrait d'hémorrhagies et de douleurs fréquentes dans l'abdomen. La température avait dépassé 38°,5. Un fragment de la tumeur, enlevé et examiné, fut reconnu pour être un papillome.

BYFORD se proposait de racler la paroi postérieure du col, mais le mal avait pénétré si profondément, qu'il se décida à faire l'hystérectomie. L'opérée se remit rapidement. Il préfère les ligatures aux pinces, lorsque le calibre du vagin et la mobilité de l'utérus permettent de les placer.

La tumeur est un myxo-sarcome dont la surface est papillomateuse; ce genre de tumeur débute rarement par le col; Byford n'en connaît que 13 cas, rapportés par Veit, Scanzoni, Kunert, Léopold Grenser, Spiegelberg (2 cas), Rein, Winckler, Schwartz, Zweifel, Hunter.

Etheridge fait l'éloge des pinces dans ces cas.

Jackson croit qu'on aurait pu se borner à enlever le col.

Parkes a vu Péan appliquer les pinces, et les croit fort utiles.

Byford croit qu'il faut enlever le moins possible des ligaments larges, et qu'il ne faut pas faire l'hystérectomie, si le mal a envahi les ligaments.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

*Séance du 20 juin.*

PRÉSIDENCE DE G. ZINKE

W. H. Taylor. **Fibrome du vestibule.** La tumeur, parfaitement sphérique, est grosse comme une petite pêche, la malade était nullipare et mariée.

Reamy. **Prolapsus de l'ovaire.** — L'ovaire était perceptible dans le vagin ; il fut enlevé plus tard.

Zinke, en l'absence de toute inflammation, croit que ce prolapsus doit être congénital.

Illowy croit qu'il a pu se produire après la naissance.

Reamy. **Epilepsie, oophorectomie.** — L'opérée fut débarrassée de ses maux de tête et de ses crises épileptiques.

L'oophorectomie réussit souvent, mais pas toujours.

Palmer cite des cas de succès.

E. W. Mitchell cite un cas où l'opération n'a pas réussi. Il croit qu'il aurait été plus heureux, s'il avait opéré de bonne heure.

(Résumé d'après *Am. Journ. of. obst.*, 1888, p. 399 à 436, par A. Cordes.)

---

# REVUE DES JOURNAUX

**D'un état anormal de l'utérus dans les premiers mois de la grossesse.** (An unusual condition of the uterus in the early months of pregnancy), H. Jones. Par quatre observations fort intéressantes et qui semblent des répétitions tant elles offrent des rapports de similitude, l'auteur attire l'attention sur une disposition particu-

lière de l'utérus gravide de quelques mois, laquelle est bien de nature à faire méconnaître l'état de grossesse.

Obs. I. — Mme T..., 31 ans, mariée à 17 ans, a eu 6 grossesses dont 2 fausses couches et 4 accouchements à terme. Le dernier accouchement, il y a 4 ans. Elle est veuve depuis plus d'un an. Premières règles à 13 ans; menstruation régulière à intervalle de 3 semaines. Depuis quelque temps, les époques se sont éloignées, elles ne viennent plus que toutes les 5 ou 6 semaines; écoulement peu abondant, non douloureux. Enfin depuis 2 mois, pas de menstruation. La femme se dit malade depuis 3 mois environ, affaiblissement, langueur, douleurs dans les deux régions ovariennes, souffrances continuelles, écoulement abondant d'un liquide gris jaunâtre. Garde-robes régulières, miction s'accompagnant d'une sensation de brûlure. *Examen du ventre*. On trouve dans la région hypogastrique une tumeur dure, globuleuse, ayant à peu près le volume du poing, très mobile, que l'on fait rouler dans l'abdomen comme si elle était reliée par un long pédicule à l'un des organes pelviens. Immédiatement au-dessus de la tumeur, la percussion donne de la matité, partout ailleurs la sonorité est conservée. *Le cathéter utérin pénètre en haut et vers la gauche jusqu'à* 12 *cent. environ*. Diagnostic : fibrome sous-péritonéal, attaché à l'utérus par un long pédicule. 15 jours plus tard, à un second examen, on constate que les caractères de la tumeur ont changé du tout au tout. Elle ne donne plus la sensation d'une masse appendue à un long pédicule; en outre, elle est de consistance plus molle, à peine mobile, et remonte au voisinage de l'ombilic. Elle a tous les caractères d'un utérus gravide à cinq mois. *La grossesse fut reconnue*, et la femme admit aisément la possibilité de cet état.

Les 3 autres observations sont comme calquées sur celle-ci, nous ne les reproduirons donc pas. Mais voici les commentaires dont l'auteur les fait suivre.

« L'intérêt de ces faits cliniques est tout dans l'examen abdominal (*abdominal examination*). Dans tous, on trouve une tumeur à peu près du volume du poing, ronde, dure, et qu'on mobilise aisément d'un côté à l'autre du ventre. Située toujours entre la symphyse et l'ombilic, elle donne au début la sensation d'une masse reliée par un long pédicule à l'un des organes pelviens. La pression exercée sur elle n'agit que faiblement sur le col. Jamais

on ne constate de fluctuation. Immédiatement au-dessus de la tumeur, l'abdomen est mat, partout ailleurs sa résonnance est normale. Toujours, on s'arrête au diagnostic de *fibrome sous-péritonéal, longuement pédiculé.*

Toutes les femmes étaient multipares, et cependant aucune d'elles n'avait seulement soupçonné l'état de grossesse dont un certain nombre des symptômes faisaient d'ailleurs défaut. Les modifications rapides survenues dans le volume, la forme, la consistance de la tumeur méritent d'être notées. Dans deux des cas en question, elles s'établirent dans l'espace de 15 jours. Dans les autres, la transformation fut un peu plus longue à s'opérer mais le résultat final fut le même.

Comment se produit cette disposition curieuse et bien faite pour donner le change? La matrice gravide n'augmente pas de volume à cause seulement de la pression exercée sur ses parois par l'œuf qui va en se développant. Cet accroissement obéit aussi à l'impulsion dynamique imprimée à l'utérus par la gravidité elle-même. Habituellement, l'accroissement de l'œuf et de la matrice marchent parallèlement. Mais s'il en arrive autrement, si l'œuf par exemple grossit moins vite par suite d'un défaut de sécrétion du liquide amniotique, le fond de l'utérus, siège habituel de l'insertion ovulaire, sera renflé, distendu, globuleux, tandis que le segment inférieur, pourtant allongé, restera flasque et vide, d'où cette sensation de tumeur flottante, et pourvue d'un long pédicule.

Mais pour que cette disposition cesse, il suffit que le liquide amniotique soit sécrété en plus grande abondance; dès lors, le segment inférieur de flasque, allongé et vide qu'il était devient distendu, il s'harmonise avec la portion supérieure de la matrice, et les caractères de l'utérus gravide s'accusent nettement (*Edinb. med. Journ.*, 1888, mars, p. 790).

---

**De la sténose et de la distension des trompes comme causes d'hémorrhagie intra-péritonéale.** (Tubal distension and stricture, a cause of intra-peritoneal hæmorrhage), S. Stevenson. Mme R..., 35 ans, IV pare, malade depuis son second accouchement; souffrances continuelles s'exaspérant à chaque période menstruelle. Menstruation profuse, suivie d'un écoulement jaunâtre, vomissements fré-

quents, diarrhée, etc. Les deux dernières grossesses extrêmement pénibles, le dernier enfant succomba immédiatement après la naissance. Aucune trace d'une affection gonorrhéique antérieure. *Examen*. On perçoit dans le côté gauche du bassin une tuméfaction mal définie, à sensibilité obtuse. Le toucher vaginal révèle dans le cul-de-sac gauche une masse tortueuse; *diagnostic*, hemato ou pyo-salpingite. Trois jours après, survient une crise aiguë, suivie de défaillance, de refroidissement. Ces accidents sont rapportés à une rupture de la trompe. *Laparotomie*. On constate que la trompe gauche a plus que trois fois son volume normal, que le ligament large est épaissi et fortement hyperhémié. Trompe et ovaire sont enlevés, l'oviducte contient beaucoup de sang. En examinant l'ovaire droit, on aperçoit sur sa face postérieure un follicule de de Graaf récemment déchiré et de la cavité duquel le sang s'écoulait sans doute librement dans la cavité pelvienne. La trompe et l'ovaire correspondants sont hyperhémiés mais l'oviducte est perméable. On les enlève. *Guérison*, sans accidents.

Cette observation montre bien qu'il y avait une hémorrhagie intra-péritonéale et qu'elle avait sa source dans une vésicule de de Graaf. En outre, de l'examen d'un certain nombre de faits, il paraît résulter, que certaines péritonites circonscrites et à répétition, associées à des affections tubaires, ne sont que la conséquence directe d'hémorrhagies successives (*Edinb. med. Journ.*, 1888, mars).

---

**Des réflexes observés après les opérations utéro-ovariennes et surtout du réflexe guttural** (1), J. CHAMPIONNIÈRE. Ce sujet a été l'occasion d'un long travail communiqué à la Société d'obstétrique et de gynécologie. En raison de son grand intérêt, nous reproduirons *in extenso* l'exposition qui en a été faite dans le journal dirigé par M. J. Championnière. Les ovariotomistes ont bien remarqué que lors des opérations abdominales les opérées présentaient certaines manifestations nerveuses; mais ils se sont peu préoccupés des suites opératoires de cet ordre. M. Championnière, qui a eu l'occasion de faire plus de cent opérations abdominales utéro-ovariennes, plus de 90 de cure radicale de hernie, qui a étudié les réflexes utéro-ovariens pendant la grossesse durant de longues

(1) Vid. in *Ann. de gyn et d'obst.* Avril, 1888.

années, pense qu'à la suite des opérations sur l'utérus et sur les ovaires on observe certains accidents qui manquent dans toutes les opérations abdominales où l'utérus et les ovaires ne sont pas compromis. De ces accidents beaucoup sont suivis de guérison, d'autres sont suivis de mort et passent d'ordinaire dans la statistique générale comme septicémie péritonéale ou comme péritonite.

Un premier fait très remarquable, selon M. Championnière, est le suivant : toutes choses égales d'ailleurs, l'ablation d'un ovaire sain est plus grave que celle d'un ovaire altéré, modifié par les kystes. Si l'ovaire est le siège d'ovaralgie, la femme présentant des accidents nerveux, cette gravité augmente encore. Elle augmente avec les tumeurs végétantes qui exaltent la sensibilité du péritoine et celle des organes du petit bassin.

Enfin, plus graves encore sont les opérations d'hystérectomie abdominale où des liens constricteurs enserrent tous les plexus des ligaments larges et la substance même de l'utérus.

A la suite de ces opérations, on observe des accidents graves ou des accidents légers.

Les accidents graves débutent peu après l'opération, ou après un calme de trois ou quatre jours. Ce dernier cas s'observe chez les individus dont on a enserré le pédicule dans des liens fixes et débutent avec le début de l'élimination dudit pédicule, c'est-à-dire une nouvelle irritation des plexus utéro-ovariens.

Les symptômes principaux sont l'agitation de la malade, sa loquacité, surtout l'insomnie, alors que ces accidents ne sont guère justifiés par des douleurs vives. L'insomnie surtout doit attirer l'attention.

En même temps le pouls est petit, dépressible, irrégulier quelquefois. Il est surtout extraordinairement émotif, passe de 80 à 120 et même à 160 pour revenir à 92 en quelques instants. Il y a une véritable décoordination avec la température qui, sauf des cas très rares, ne monte absolument qu'au moment de la mort.

La respiration peut être accélérée, irrégulière surtout. Quelquefois la malade présente des spasmes respiratoires absolument semblables aux spasmes hystériques.

Les accidents peuvent se présenter sans vomissements. Mais les vomissements aussi peuvent survenir. et dans les cas graves on les voit prendre ce caractère particulier de contenir des exsudats sanguins, des matières noirâtres, absolument comme les vomissements du cancer.

Dans un cas suivi de mort après ablation d'ovaires pour des accidents douloureux, M. Championnière n'a vu aucun vomissement.

Les accidents légers prennent un caractère menaçant quelquefois, mais ils peuvent être de courte durée ou se répéter à quelques jours d'intervalle. Chez une femme opérée pour un petit fibrome utérin à laquelle M. Championnière avait enlevé les deux ovaires sains, la guérison fut parfaite; mais les accidents, l'insomnie, l'agitation, furent très marqués et suivis de la présence de lait dans les seins, accident qui dura trois semaines.

Enfin, ces accidents légers et graves sont d'ordinaire caractérisés par un signe pathognomonique que M. Championnière n'a jamais observé dans aucune des opérations nombreuses qu'il a faites en dehors du champ de l'utérus et des ovaires ; nombreux cas de gastrotomie, laparotomie, pour adhérence, étranglement, cure radicale de hernie.

Ce signe, c'est un réflexe *guttural* que M. Championnière appelle *crachotement ;* les femmes ont une envie de cracher incessante, le besoin d'arracher un crachat du fond de la gorge, besoin que l'expulsion du crachat ne réussit pas à satisfaire. Dans les cas graves, cas mortels, ce besoin insupportable tourmente sans cesse les malades, et l'effort pour cracher est suivi de vomissements. Dans les cas légers, ce besoin, moins répété, reste souvent très pénible; il peut disparaître pendant quelques heures pour reparaître. Chez une femme ayant subi l'hystérectomie abdominale à St-Louis pour un fibrome de quatre kilogrammes, il n'y eut aucun autre symptôme ; mais celui-ci fut marqué, malgré une excellente guérison. En le recherchant bien, on le retrouve chez la plupart des femmes qui ont bien guéri.

En dehors des opérations utéro-ovariennes, ce crachotement se rencontre très marqué parmi les symptômes réflexes que l'on observe au début de la grossesse. M. Championnière a vu chez une jeune femme ce besoin de cracher dans plusieurs grossesses. Il était suivi de vomissements non alimentaires. Dans un cas il avait débuté 15 jours environ après le coït fécondant. On l'observe en effet très près du début de la grossesse et tout indépendant de la sialorrhée. Chez une jeune femme, qui mourut de vomissements incoercibles à trois mois de grossesse, ce crachotement avait constitué la part la plus insupportable de la maladie depuis le début de la grossesse jusqu'à la mort.

M. Championnière a observé ce symptôme très marqué chez une jeune femme chez laquelle évolua une hématocèle rétro-utérine pendant 10 ans. M. Championnière eut l'occasion de lui faire une laparotomie et de la guérir une première fois. Elle mourut plus tard, après une récidive et une opération faite in extremis par un autre chirurgien. Pendant 10 ans, elle avait souffert à toutes ses époques de ce symptôme.

Ainsi le symptôme guttural qui s'observe après des opérations utéro-ovariennes et ne s'observe qu'après celles-là peut être rencontré dans des circonstances physiologiques et pathologiques où certainement beaucoup de médecins rigoureux observateurs l'auront remarqué. Il peut servir à fixer la nature des autres accidents que les ovariotomistes peuvent observer, et cependant il ne paraît pas avoir été étudié antérieurement.

L'étude de ces accidents réflexes graves et légers est de la plus haute importance pour la chirurgie abdominale. M. Championnière pense avoir, dans certains cas graves, par la préparation de la malade, réussi à conjurer les accidents ou à les diminuer.

L'emploi avant et après l'opération de la morphine, du chloral et surtout du bromure de potassium peuvent être de la plus haute importance.

La nature de ces faits et le grand intérêt de cette pratique ne pouvaient ressortir que de l'étude d'un chiffre considérable de la chirurgie abdominale et surtout de la pratique d'un chirurgien qui, assuré pour toutes les autres opérations, de ne pas avoir de septicémie, pouvait repousser le diagnostic ainsi établi par d'autres chirurgiens. (*Journ. de med. et de chirurg. pratiques*, mai, 1888).

---

**Rupture transversale de l'utérus.** (Transverse rupture of uterus), W. Prowse. — Mme E. H..., 29 ans, VI pare. Cinq accouchements normaux mais prolongés, dernier enfant mort-né. Le dernier accouchement commence le 19 octobre 1887. Le 20, à 8 heures du matin, le col est dilaté, les contractions sont fréquentes et fortes, mais elles n'ont pas le caractère expulsif qu'elles prennent d'habitude pendant la 3e période du travail. Subitement, elles s'arrêtent, la parturiente pousse un grand cri, et présente tous les symptômes du *shock*. L'enfant est extrait par une application de

forceps, quelques heures plus tard. L'accouchée meurt le lendemain.

A l'autopsie, au constata la présence d'une énorme déchirure transversale de l'utérus, et un amincissement anormal de ses parois. (*Brit. m. Journ.* Mars 1888).

---

**D'une observation rare de dystocie causée par des tumeurs du bras, de l'avant-bras, etc.** (A rare case of dystocia caused by tumors of the fetalarm, forearm, etc.), M. Mc Lean. — X., primipare, 22 ans. Antécédents héréditaires bons. L'accouchement se déclare à terme. 5 heures 1/2 après le début des contractions, la tête est expulsée. Mais, à partir de ce moment, la progression du fœtus s'arrête. On parvient alors, sans grande difficulté, à dégager le bras droit de l'enfant. L'obstacle, à la sortie du reste du tronc, paraît tenir à l'enclavement du bras gauche en arrière de la symphyse. Cependant, à la suite d'une contraction énergique, par le mécanisme de l'évolution spontanée, le *siège* est expulsé. On parvient enfin à dégager le *bras gauche.*

Ce bras est extrêmement volumineux, comme s'il était distendu par un vaste hématome, allant de l'acromion au coude. Sa circonférence est de 31 1/2 centim. La tumeur est fluctuante, ou demi-fluctuante, de coloration ecchymotique. L'avant-bras porte, dans son tiers inférieur, une tumeur mollasse, sous-cutanée, nodulaire, comme certaines variétés de sarcomes. On constate des tuméfactions analogues, en d'autres points du bras. Il existe en outre, dans le voisinage de l'extrémité externe de la clavicule, des déchirures produites sans doute par les traumatismes subis pendant l'extraction de l'enfant, mort pendant le travail.

*Examen :* En avant de l'avant bras, on voit une tuméfaction, ayant l'aspect d'une tumeur, longue de 4 centim., large de 3 centim., épaisse d'environ 1 1/2 centim. A ce niveau, la peau est épaisse et rugueuse.

Au coude, existe une tumeur de même nature, ayant environ le quart du volume de la première.

Mais, la masse principale, de forme ovoïde, s'étend de l'épaule au coude. Elle a un diamètre de 8 centimètres environ.

La peau est rouge sombre. Elle est fortement distendue et le côté correspondant de la poitrine paraît comme tuméfié.

L'omoplate est fortement repoussée et, dans l'espace qu'elle occupe normalement, se trouve un énorme caillot sanguin.

Les tissus autour du cou et de l'épaule sont déchirés ; les connexions de la veine jugulaire et de l'extrémité supérieure du canal thoracique sont rompues.

Les viscères thoraciques sont normaux.

Les viscères abdominaux sont à peu près normaux, sauf le bassinet du rein gauche qui est largement dilaté.

Les ganglions mésentériques et thoraciques sont augmentés de volume et congestionnés.

Le canal thoracique est normal comme dimensions et structure. Mais, en raison des déchirures accidentelles, il est impossible d'affirmer s'il s'abouchait normalement dans la sous-clavière.

La grosse tumeur du bras limite une large cavité centrale que remplissent des caillots hématiques et du sérum sanguin. De ces caillots les uns sont anciens, les autres récents. Les parois de la poche sont constituées par la peau et par du tissu sous-cutané ; elles limitent ainsi des loges secondaires, plus ou moins spacieuses, également remplies de sérum clair et sanguinolent.

L'épaississement de la paroi latérale gauche de la poitrine est dû à la présence de nombreuses cavités, semblables aux précédentes, et à minces parois.

Les petites tumeurs de l'avant-bras sont constituées par une agglomération de kystes plus ou moins volumineux, à parois tantôt minces tantôt épaisses, et renfermant un liquide séreux, de coloration jaune clair.

Ces cavités kystiformes semblent provenir de vaisseaux et d'espaces lymphatiques distendus.

La cavité centrale, constatée dans la tumeur du bas, paraît être de même nature ; le sang a dû s'y épancher avant et après les traumatismes exercés au cours de l'extraction.

En résumé, il s'est agit d'un **lymphangiome** *du bras gauche, de l'avant-bras, et de la poitrine, devenu le siège de raptus sanguins du fait des violences subies par le cou et l'épaule pendant l'accouchement.* (*Am. J. of obst.*, avril 1888.)

---

**De l'alcoolisme en gynécologie et en obstétrique.** (On alcoholism in gynæcology and obstetrics), M. Duncan. — Différents auteurs (Huss, Lancereaux...) ont signalé l'action déprimante de l'alcoo-

lisme chronique sur les désirs et les facultés génésiques. D'après Lippich, cité par Huss, la puissance procréatrice du buveur serait des 2/3 inférieure à celle de l'homme sobre. Roesch à confirmé l'opinion de Lippich et a signalé l'atrophie des testicules, la flaccidité du pénis et du scrotum comme assez fréquentes chez les alcooliques. Lancereaux a constaté des modifications pathologiques de l'épithélium des canalicules, la rareté des spermatozoïdes et les sympexions de Robin, comme chez les vieillards, *sénilité prématurée.*

On a consacré moins d'attention à l'influence de l'alcoolisme chronique sur l'état et la fonction des ovaires. Nul doute cependant que cette influence ne soit réelle et que les altérations structurales et fonctionnelles ovariques ne soient plus fréquentes et plus rapides que les altérations corrélatives du foie.

Jusqu'à ces derniers temps, il était admis que la stase de la circulation porte, qu'elle fût ou non la conséquence d'une cirrhose hépatique, était cause de ménorrhagie chez les femmes sujettes aux excès de boisson, et c'était tout. A l'heure actuelle, les investigations dans ce sens sont de beaucoup plus minutieuses.

Sans doute ces processus ovariques ont sur l'individu lui-même un retentissement moins fâcheux que les troubles du foie, mais c'est surtout au point de vue social, au point de vue de la reproduction de l'espèce, qu'il importe de s'en préoccuper. *A priori*, en raison de la part plus considérable que prend la femme dans l'acte de la reproduction, il semble que les transformations, d'origine alcoolique, des ovaires doivent avoir sur cette reproduction une influence beaucoup plus fâcheuse que les transformations similaires des testicules ; néanmoins la preuve est encore à faire.

Lancereaux a signalé des faits de menstruation prématurée qui ont paru coïncider avec une diminution de volume des ovaires, avec une atrophie intéressant plus spécialement la couche corticale ou glandulaire de l'organe.

On observe l'action morbide de l'alcoolisme sur les ovaires de préférence chez les femmes grasses, ayant de l'embonpoint, indemnes de troubles importants dans la santé générale; en outre, il n'est point nécessaire pour que les accidents se produisent que les femmes soient des alcooliques effrénées, un alcoolisme modéré suffit. De toutes les conséquences fâcheuses de ses habitudes d'intempérance, la ménorrhagie est de beaucoup la plus fréquente.

Elle se traduit par une perte de sang beaucoup plus prolongée qu'excessive. Dans ces cas, en général, on constate que les deux ovaires sont augmentés de volume, sensibles, à surface égale, comme au sein d'une tuméfaction diffuse, peu fixes..... La preuve que ces accidents sont bien imputables à l'excès de boisson c'est qu'ils disparaissent, quand ils sont assez récents, si le sujet revient à des habitudes de sobriété.

La guérison s'affirme également par le fait de grossesses consécutives, car, d'ordinaire, la stérilité marche de pair avec les transformations pathologiques précédentes. Ces transformations méritent, en réalité, le nom d'ovarite chronique, et il y a quelque probabilité qu'elles peuvent à la longue aboutir à une véritable cirrhose ovarique.

L'alcoolisme chronique expose à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. En outre, Kirk déclare qu'il a une influence très nuisible sur la femme enceinte et sur le produit de la conception. « J'ai vu, dit-il, des ruptures du l'utérus, des inversions, des hémorrhagies *post partum* mortelles survenir chez des femme sujettes à une ivrognerie habituelle ». Enfin, durant les suites de couches, il est, non rarement, cause du délire nerveux décrit par Dupuytren. Ce qu'ont dit de ces accidents Dupuytren et Fournier peut en être considéré comme un tableau fidèle. Mais il ne faut pas oublier que ce délire nerveux n'apparaît pas seulement comme complication de traumatismes chirurgicaux, qu'on l'observe aussi dans des affections purement médicales. Quant à l'état puerpéral, il ressortit à la fois à la chirurgie et à la médecine.

Obs. I. — Mme S..., mariée à 19 ans, 6 grossesses, dont un avortement. Elle a eu son dernier enfant à 24 ans. A cette époque, elle contracte des habitudes d'ivrognerie qui se traduisent par de l'augmentation du volume du foie, de l'ascite, et de l'aménorrhée. Au cours de cette vie d'intempérance, elle avorte 3 fois, à 3 mois de grossesse environ. Pour sauver sa vie menacée, elle revient à des habitudes de sobriété parfaite. Peu à peu la santé se rétablit, de plus une grossesse survient qui est menée à terme. Accouchement naturel. Mais deux ans plus tard, elle retombe tout à fait dans les excès de boissons. Alors, redevenue enceinte, elle a de l'albuminurie, des convulsions urémiques, accouche prématurément à 6 mois et succombe peu après à une affection rénale.

Obs. II. — Mme Y..., mariée de bonne heure et adonnée aux bois-

sons, reste stérile depuis 18 ans. Puis, elle devient enceinte et fait une fausse couche à 5 mois. Cette grossesse n'est survenue qu'à la suite d'une abstinence complète ayant duré plusieurs mois.

Obs. III. — Mme T.., 32 ans, mariée à 19 ans. 5 enfants. A 32 ans, elle s'adonne beaucoup à la boisson. Sa santé s'altère, son foie augmente de volume, elle a une grande faiblesse des extrémités inférieures, elle est souvent obligé de s'aliter. Pendant 6 années, au cours desquelles se produisent 6 fausses couches, elle se livre à ces excès. Puis, conformément à la prescription faite, elle se départit complètement de ses habitudes d'ivrognerie. Bientôt la santé se restaure, et moins d'un an après elle accouche, à terme, d'un enfant vivant. Peu après, nouvel accouchement.

M. Duncan, passe ensuite en revue les différents travaux dans lesquels on s'est préoccupé de l'influence de l'hérédité alcoolique sur le fœtus, l'enfant et l'adulte. Il fait dans cette revue rapide de larges emprunts surtout à Lancereaux et rappelle les résultats obtenus à la Salpêtrière par M. Martin, qui a recherché dans l'histoire pathologique des épileptiques la tare alcoolique des générateurs.

« Après tout ce qui a été produit, ajoute Duncan, l'évidence n'est pas encore faite. A. Mitchell reconnaît que les matériaux rassemblés sont insuffisants. L. Down fait aussi la remarque qu'il est extrêmement difficile, à l'heure présente, d'établir d'une façon satisfaisante, l'influence des excès alcooliques. Mais si Mitchell et Down expriment ces réserves en ce qui concerne les descendants directs des alcooliques, comment convient-il d'apprécier les assertions de Devay et Howe au sujet de l'affaiblissement physique et intellectuel des générations plus éloignées ? Darwin, dit avec raison Huss : « va beaucoup trop loin lorsqu'il affirme que toutes les maladies causées par l'abus de l'alcool se transmettent par voie héréditaire jusqu'à la troisième génération, en s'aggravant de plus en plus à chaque génération jusqu'à la troisième, avec laquelle s'éteint la famille pathologique. » (*The Edinb. m. Journ.* Avril 1888.)

Dr R. Labusquière.

---

*Le Gérant :* G. Steinheil.

---

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## DE LA CAUTÉRISATION ET DU CURAGE

### DANS LE TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES

On lit dans le dernier numéro des *Nouvelles archives d'obstétrique :*

« *Quant à venir prétendre que les cautérisations* INTRA-UTÉRINES *sont plus efficaces et moins dangereuses que le curage, c'est se mettre en opposition flagrante avec la vérité. En effet l'observation a montré d'une façon éclatante que l'usage des cautérisations* INTRA-UTÉRINES *a multiplié le nombre des accidents, alors que l'innocuité du curage s'est affirmée de plus en plus* »....

« *Le traitement par les caustiques n'est que palliatif* »...

Il faut avoir une expérience personnelle très longue, une autorité bien grande, et des observations nombreuses ou être terriblement audacieux, ou méridional, pour oser écrire de pareilles énormités.

Et encore tout cela ne suffirait pas à excuser une affirmation aussi tranchante.

Il faudrait dire, dans quelle forme d'endométrites a été pratiquée la cautérisation. Quand elle a été faite ? Avec

quel caustique, elle a été faite ? Comment elle a été faite ? De quelles précautions on s'est entouré, *avant* et *après*. Quel genre d'accidents se sont montrés ? Alors si, dix à vingt fois sur cent, les malades avaient éprouvé des conséquences plus ou moins graves, on aurait le droit de produire une pareille affirmation.

Voilà environ quarante ans que je pratique des cautérisations *intra-utérines* dans les diverses espèces d'*endométrites*. Je les ai faites, d'abord, par injections. Je n'ai jamais vu d'accidents graves, et pourtant j'y ai renoncé depuis vingt-cinq ans, pris de peur après avoir lu, dans différents recueils périodiques, le récit de faits qui semblaient démontrer la possibilité de la pénétration dans les trompes.

J'ai pratiqué et je pratique journellement, avec toutes les précautions nécessaires, *avant* et *après*, la cautérisation avec le nitrate d'argent en solution, jusqu'à cent pour cent, avec le nitrate en poudre, comme le fait mon collègue M. le Prof. Richet, avec le nitrate d'argent en pâte, avec le nitrate acide de mercure, l'acide nitrique anhydre, le chlorure de zinc, le perchlorure de fer, avec le thermo-cautère, et le cautère actuel.

*Je n'ai jamais vu de mort.* Que les *cureurs* en disent autant.

Quatre fois, dans toute ma vie, j'ai observé des accidents graves *et toujours chez des femmes imprudentes.*

Ces accidents (métrites, métro-péritonites) ont cédé, plus ou moins facilement, aux médications ordinaires.

Le premier de ces faits date d'avant la guerre. J'avais cautérisé une dame avec la solution cent pour cent d'azotate d'argent, elle allait bien et voulut absolument accompagner son mari qui allait faire une saison à Vichy. Le voyage eut lieu sans accident, mais le lendemain cette dame fit une excursion à pied de plusieurs kilomètres. En rentrant, elle fut prise de frisson, de péritonite partielle et fut trois ou quatre mois à se rétablir.

Le second fait se passa sous la Commune.

J'avais cautérisé, le matin, une jeune femme vigoureuse, atteinte d'un endométrite intense. On vint l'après-midi pour arrêter son mari et l'enrôler dans les fédérés. Ils s'enfuirent pendant la nuit, la jeune femme couchée sur un matelas, dans une voiture, et gagnèrent une petite ville des environs de Paris, où le père de la malade exerçait la médecine ; elle fut prise, en route, d'un violent frisson et mit plus de dix-huit mois à se rétablir.

Le troisième accident que j'ai observé, après la cautérisation, eut pour sujet la femme d'un magistrat de province, atteinte d'une vieille endométrite catarrhale, avec ce mucus vert qui la caractérise ; je la cautérisai avec le nitrate d'argent en poudre, dans un hôtel, à Paris, où elle était descendue ; elle voulut retourner chez elle le sixième jour et supporta les deux à trois heures de chemin de fer sans souffrir. Mais le second jour de son arrivée, malgré les recommandations de repos qui lui avaient été faites, elle assista à un bal et y dansa deux fois. Prise de frisson en rentrant, elle fut plus de six mois à guérir.

Le quatrième fait date de quelques années. J'avais cautérisé une jeune dame de vingt-six à vingt-sept ans, pour une endométrite catarrhale moyenne, avec une solution, à cinquante pour cent, d'azotate d'argent. La malade était descendue dans le voisinage de ma demeure. Son mari était resté chez lui. Ils habitaient à une dizaine de lieues de Paris. Le mari arriva le soir voir sa femme cautérisée le matin. On vint me chercher pendant la nuit pour un frisson violent et des douleurs très vives dans la région sus-pubienne. Je fis le nécessaire et, fort étonné de voir de tels accidents, après une cautérisation aussi bénigne, je pris à part le mari et le déterminai à ne rien me cacher. J'appris alors que, entre ces deux jeunes époux, fort épris l'un de l'autre, l'arrivée du mari avait été la cause d'expansions conjugales exagérées. Les choses, parut-il, n'avaient pas été poussées jusqu'aux derniers outrages, mais elles avaient certainement dépassé les premiers.

La maladie dura sept semaines et guérit. Voilà les seuls accidents que j'ai pu observer pendant une pratique de plus de quarante ans; or, je puis affirmer avoir traité, par la cautérisation, *plusieurs centaines* d'endométrites, de toute nature, et je puis ajouter (les témoignages ne me manqueraient pas) avoir fait faire un bon nombre d'enfants, qui ne seraient jamais nés sans ce mode de traitement.

Mais, j'ai la précaution de préparer les femmes, pendant tout le temps nécessaire, de façon à ne jamais opérer sur un utérus ou un ventre douloureux. J'ai installé à l'hôpital des Cliniques, la méthode antiseptique dans toute sa rigueur, et l'on peut croire qu'elle n'est négligée ni *avant*, ni *après* la cautérisation, de plus, j'absterge et je nettoie les cavités utérines avec le plus grand soin, ce qui assure la réussite, en permettant au caustique d'entrer en contact avec le tissu, et non pas avec le mucus.

De plus encore, avec les poudres ou les pâtes, j'opère au moyen d'un porte-caustique dont la curette est montée sur une baleine *flexible*, ou bien, pour les solutions ou les caustiques liquides, je me sers d'un pinceau d'ouate (avec ou sans dilatation préalable, selon les cas) solidement fixé avec de la soie poissée, sur une longue baleine tellement souple que je puis badigeonner toutes les cavités, sans prendre aucune précaution. Je voudrais perforer l'utérus, je ne le pourrais pas (1).

Ce n'est pas tout. Après un lavage antiseptique à grande eau, je porte les femmes dans leur lit avec défense de mettre les pieds à terre, sous aucun prétexte, pendant quatre à

---

(1) Jamais, il n'est besoin d'abaisser l'utérus avec des pinces, manœuvre qui d'après ses prôneurs, serait presque agréable et tout à fait inoffensive. comme la perforation de l'utérus, du reste, qui est considérée par quelques-uns, comme un léger incident, tout à fait négligeable ! On me permettra de ne partager aucune de ces opinions. Quant à l'*écouvillonnage*, que j'ai beaucoup essayé depuis quelques mois, il n'est pas dangereux, mais il n'a jamais rien guéri. C'est un excellent moyen d'abstersion, supérieur de beaucoup à celui que j'avais proposé autrefois.

cinq jours pour les cautérisations ordinaires, pendant quinze à vingt jours pour les cautérisations graves; enfin, je prends les autres mesures hygiéniques que tous les médecins connaissent.

Quant au choix des caustiques, il faut pour un traitement raisonnable, efficace et prudent, suivre sans cesse cette grande loi thérapeutique : proportionner la nature, l'énergie et les dangers du remède à la forme, l'ancienneté et la gravité de la maladie. Hors de là, il n'y a que parti pris systématique, routine, hasard, imprudence et témérité.

Et avec ces minutieuses précautions, je puis affirmer, à l'auteur des *Archives* (sans avoir la prétention de le faire avec autant d'autorité), qu'on guérit ses malades, qu'on leur fait faire souvent des enfants (quand les maris sont bons) et qu'on n'observe pas d'accidents.

Mais il y a beaucoup de choses encore qu'il faut savoir. Ainsi, une endométrite fongueuse du col et de sa cavité peut résister à l'acide nitrique et céder à la première cautérisation avec le perchlorure de fer. Pourquoi ? Je n'en sais rien, mais cela est. Une endométrite catarrhale, avec érosion du col, pénétrant profondément dans la cavité, peut ne pas guérir avec l'azotate d'argent et disparaître après une seule cautérisation avec le nitrate acide de mercure, ou le chlorure de zinc. Ce sont de ces différences que la pratique enseigne. Avant d'émettre des opinions, si tranchantes, avant de parler « *d'opposition flagrante avec la vérité* », avant d'écrire que « *l'observation a montré d'une manière éclatante, que les cautérisations intra-utérines ont multiplié le nombre des accidents* », ce qui est faux « *d'une manière éclatante* », il faudrait apprendre à manier les caustiques.

Ce qui est vrai « *d'une manière éclatante* » c'est que les accidents, après la cautérisation, s'observent surtout chez les femmes que des médecins imprudents ont cautérisées, à leur consultation ou à leur clinique, puis renvoyées chez elles, sans même, parfois, leur recommander le repos. J'en ai vues. Parmi celles-là, oui, les accidents sont communs.

Il est même surprenant qu'ils ne le soient pas plus. On pourrait en dire autant du curage; malheureusement on peut en dire davantage. Personne ne niera qu'ici, il y ait des morts. Je sais ce qu'on répond : elle est morte d'autre chose, elle est morte guérie. Ces explications sont bonnes, peut-être, pour quelques jeunes médecins, mais pas pour les vieux.

La vérité « *flagrante* » la voilà. On n'observe que très rarement des accidents avec la cautérisation *même au fer rouge*, quand on prend toutes les précautions nécessaires.

Par contre, j'ai été appelé cette année par une dame de 42 ans, très forte, perdant du sang depuis un an, sans fibrome et sans polype. Elle avait été *curée* trois fois en cinq à six mois, par un chirurgien distingué, agrégé à la Faculté. Elle continuait à perdre du sang comme auparavant.

J'ai vu l'an dernier, deux autres femmes, l'une de 52 ans et l'autre de 30, toutes deux avaient subi la *curette*, l'une par un chirurgien des hôpitaux, l'autre par un professeur de Faculté. Toutes deux avaient gardé le lit et cependant la plus âgée avait une péritonite sous-ombilicale qui menaçait de s'étendre, et la plus jeune une pelvi-péritonite d'un côté ; elles furent plusieurs mois à se guérir.

Je viens de voir au commencement de cette année, une jeune femme de 25 ans, brune et nerveuse, mais bien constituée, présentant un suintement sanguin presque continuel. depuis deux ans. Elle avait été *grattée*, *raclée*, *curée* par un chirurgien des hôpitaux, et fort malade à la suite. Elle n'a ni fibrome ni polype. Le suintement sanguin a persisté. J'ai cautérisé la cavité utérine avec l'acide nitrique anhydre et toutes les précautions ordinaires. Depuis plus de trois mois, elle ne perd plus de sang et les règles sont devenues régulières. M. le Dr Dumontpallier, de l'Hôtel-Dieu, nous citait, dans une des dernières séances de la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, un fait semblable traité par le chlorure de zinc, avec le même succès.

En résumé, sans y mettre cette belle assurance qui ne

doute de rien (heureux apanage de la jeunesse), le temps et les faits feront, je crois, justice des affirmations « *éclatantes* » contre lesquelles je proteste.

On tuera encore quelques femmes. Puis, il en sera de la *curette* comme autrefois des *redresseurs-utérins*, si prônés il y a vingt-cinq ans, contre les *déviations*. La *curette* prendra son rang au milieu des instruments pouvant rendre des services, dans des cas d'*endométrite*, nettement définis et relativement assez rares. Les esprits droits ne manquent pas parmi les médecins. L'avenir dira de quel côté se trouve l'erreur.

La conclusion de cette étude très succincte sera celle-ci :

En formulant des propositions absolument contraires à celles des *Nouvelles archives*, on sera tout près de la vérité. On remarquera que je ne dis pas que cette vérité est « *flagrante* et *éclatante* ».

Quant au *curage* et à ses applications dans les avortements, la délivrance et la puerpéralité, c'est tout autre chose. On trouvera chez les fabricants d'instruments de chirurgie, une *curette articulée* témoignant que, trente ans avant eux, j'avais dérobé aux *cureurs*, *la gloire* d'avoir indiqué son mode d'emploi et les conditions où elle peut être utile, ce dont ils font si grand tapage aujourd'hui.

Ma protestation actuelle ne vise que le traitement des endométrites.

J'ajouterai pourtant que dans les avortements et la délivrance, je ne suis toujours partisan de l'*intervention* qu'après avoir constaté l'inutilité d'une *expectation* prudente et de beaucoup le plus souvent suivie de succès. Combien j'ai vu de faits donnant raison à cette conduite ! J'indiquais, d'ailleurs, chaque année, dans mon enseignement à la Faculté, les limites *précises* à cette expectation.

Prof. Pajot.

---

# UN CAS DE FISTULE VÉSICO-UTÉRO-VAGINALE, AVEC MORTIFICATION D'UNE PORTION DE L'URETÈRE GAUCHE ; OPÉRATION ; GUÉRISON (1)

Par le professeur Herrgott (de Nancy).

J'ai pensé que l'Académie voudrait bien prêter une attention bienveillante à la relation d'un fait de chirurgie réparatrice, qui a présenté une particularité qui heureusement n'est pas fréquente, et exigé quelques précautions opératoires délicates pour amener la guérison complète d'une infirmité cruelle dont une femme de trente-quatre ans était affligée depuis cinq ans.

La nommée G. J..., née au Valtin, dans les Vosges, en 1852, et y demeurant, d'une très bonne constitution, réglée pour la première fois à dix-sept ans, toujours exactement, devint enceinte pour la première fois en 1877 et accoucha en 1878 à terme, spontanément, d'un enfant bien portant qui vit encore ; le travail n'avait duré que douze heures, la puerpéralité fut normale et le rétablissement prompt. Elle devint enceinte une seconde fois en 1880 et accoucha, le 18 avril 1881, dans les conditions suivantes : le travail, qui avait duré plus de deux jours, dut être terminé par le forceps, qui amena un enfant mort.

La femme assure qu'elle aurait senti la tête *au passage* pendant trente-six heures. Douze heures après l'accouchement, l'accouchée ne peut plus retenir ses urines, debout, assise ou couchée.

Après son accouchement, elle fut fort malade, ne put se lever qu'au bout de quatre semaines, resta faible pendant longtemps. Le retour des règles n'eut lieu qu'après sept mois, et, depuis ce temps, la menstruation est restée normale.

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 22 mai 1888.

Elle demanda avis à divers médecins, qui tous lui ont affirmé qu'elle ne pouvait être guérie. Après cinq ans, elle se décida à venir demander conseil à Nancy.

Elle fut admise, le 3 mai 1886, au service de M. le professeur Gross, qui constata l'existence d'une fistule vésico-vaginale, mais dont il ne put déterminer à ce moment l'étendue et les complications, en raison d'un érythème, d'un gonflement douloureux, d'excoriations, d'induration de la vulve et de concrétions calcaires dans le vagin qui rendaient l'examen très douloureux.

Il prescrivit le traitement préparatoire de Bozemann, consistant à faire, deux fois par jour, des injections d'eau chaude et à prendre un bain de siège prolongé chaque soir ; un changement considérable dans l'état des parties génitales ne tarda pas à se produire.

Les douleurs furent apaisées, et les parties génitales reprirent peu à peu leur insensibilité et leur souplesse.

Elle fut évacuée au service de la Maternité le 21 juin.

La malade fut placée dans la situation pelvi-dorsale inclinée sur un lit élevé ; le spéculum univalve de M. Herrgott ayant pu être appliqué sans douleur, on put constater dans la paroi vaginale antérieure une vaste perte de substance, de forme ovalaire, un peu plus inclinée à gauche qu'à droite ; le long diamètre de cet ovale, dirigé transversalement, pouvait mesurer environ 4 centimètres, le petit diamètre 25 millimètres ; elle reposait directement en arrière sur le col, qui était très raccourci.

Deux doigts pénétraient facilement dans la cavité vésicale ; l'écoulement de l'urine était incessant, à quelques moments plus abondant. La muqueuse vésicale, d'un rouge vif et d'un aspect tomenteux, fait le fond de cette perte de substance et proémine quand elle fait des efforts, quelquefois même fait saillie à la vulve. Cette disposition de la muqueuse vésicale sur la perte de substance permet parfois la contention momentanée d'une petite quantité d'urine dans ce qui reste de la cavité vésicale, car la partie herniée fait

l'office d'une soupape : les bords extrêmes de la perte de substance s'étendent un peu plus à gauche qu'à droite ; le bord postérieur est formé au milieu par la lèvre antérieure du col qui mesure à peine 5 millimètres ; la partie supérieure du col est couverte par la muqueuse vésicale. Du côté gauche de l'ouverture, la vessie est très adhérente à la cicatrice ; à droite, on ne constate pas la même disposition, le doigt pénètre dans une cavité relativement spacieuse formée par la vessie. Le bord antérieur de la perte de substance est distant de l'orifice du canal de l'urèthre de 4 à 5 centimètres environ. Une sonde de femme introduite dans le canal ressort dans l'aire de la perte de substance et déprime la muqueuse vésicale proéminente.

L'utérus est assez mobile, la paroi vaginale souple et sans brides cicatricielles ; grâce à cette mobilité et à cette souplesse, le col peut être ramené, sans grand effort, au contact de la lèvre antérieure de la perte de substance, disposition très favorable à une intervention chirurgicale ; elle a été certes améliorée par le traitement préparatoire prescrit par M. le professeur Gross ; l'emploi des boules dilatatrices n'a pas été nécessaire.

Avant d'intervenir, il était indispensable de rechercher les deux uretères dont le tissu pouvait avoir été compromis dans la mortification si étendue de la cloison vésico-vaginale.

Pour nous rendre compte de l'étendue de la perte de substance que la vessie et le vagin ont éprouvée, nous avons tracé le diagramme que nous avons emprunté au travail du Dr Sænger « sur la palpation des uretères », publié dans *Archiv für Gynæcologie*, t. XXVIII, p. 69, qui donne la situation exacte des uretères dans cette région, et, sur ce dessin, nous avons figuré la perte de substance subie par la cloison.

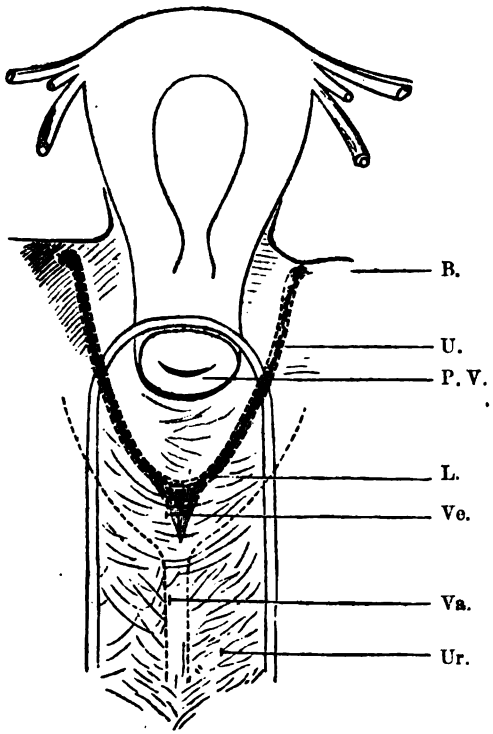



FIG. 1

B, Base du ligament large. — U, Uretère. — P. V., Portion vaginale du col. — L, Ligament interurétéral. — Ve, Vessie. — Ur, Urèthre. — Va, Vagin.

D'après ce croquis, il paraissait probable que l'uretère gauche devait avoir été mortifié à la hauteur du col, et que de ce conduit il devait rester quelques millimètres du segment inférieur qui se rend au trigone vésical ; l'autre uretère avait-il été intéressé également ? C'est ce que l'on ne pouvait dire ; toutefois, l'accumulation d'une certaine quantité d'urine dans le cul-de-sac vésical droit, dont nous avons parlé, rendait la lésion de ce côté peu probable.

L'introduction d'une bougie fine dans un point d'où l'urine était projetée parfois, du bord cicatriciel à droite, et qu'on pouvait faire cheminer sans difficulté dans une étendue de

quelques centimètres, démontrait nettement que l'extrémité de l'uretère gauche se trouvait englobée dans du tissu cicatriciel.

L'opération fut pratiquée à la clinique obstétricale le 3 juillet 1886, à neuf heures du matin, avec le concours de MM. les professeurs Gross, Heydenreich et Weiss; de M. le Dr Roussel, professeur adjoint; de MM. Alph. Herrgott, Rohmer et Rémy, professeurs agrégés; de M. le Dr Schuhl, chef de clinique, Willaume, interne, de Langenhagen, externe; de Mlle Rose Henry, maîtresse sage-femme, et en présence des élèves.

M. A. Herrgott avait eu la précaution, une demi-heure avant l'opération, d'introduire dans le vagin deux tampons de coton hydrophile imbibés d'une solution d'hydrochlorate de cocaïne au 1/25. Cette précaution a insensibilisé presque complètement le vagin, si bien que, pendant cette longue opération, la malade n'a accusé quelques douleurs que quand les aiguilles traversaient les tissus profonds. La malade est placée sur une table garnie de matelas, dans la situation *pelvi-dorsale inclinée* indiquée et décrite en 1858, dans laquelle ont été pratiquées presque toutes ces opérations; la position genu-pectorale, recommandée par Bozemann, avait été essayée, mais ne permettait pas, dans ce cas, un accès aussi facile du champ opératoire.

L'introduction du spéculum univalve et large, dont l'invention remonte à la même époque, fut facile; il met à nu et tend le champ opératoire, il est confié à M. Rémy. Une sonde de femme est introduite dans la vessie, une sonde en gomme dans la matrice, et une petite bougie dans l'uretère gauche. L'uretère droit est de nouveau recherché, mais on a la certitude qu'il a échappé à la mortification. On trace par une légère incision les limites de l'avivement à faire sur la moitié antérieure de la fistule; puis la première chose dont on s'occupe est la libération de l'uretère gauche. Grâce à la petite bougie, cette partie de l'opération put être faite avec la précision nécessaire. On cerna l'ouverture par une

incision circulaire, qui, après avoir sectionné le tissu cicatriciel dans une profondeur de quelques millimètres, tomba sur un tissu cellulaire lâche, qui rendait relativement facile la libération de ce conduit, qui fut faite sur une longueur d'un

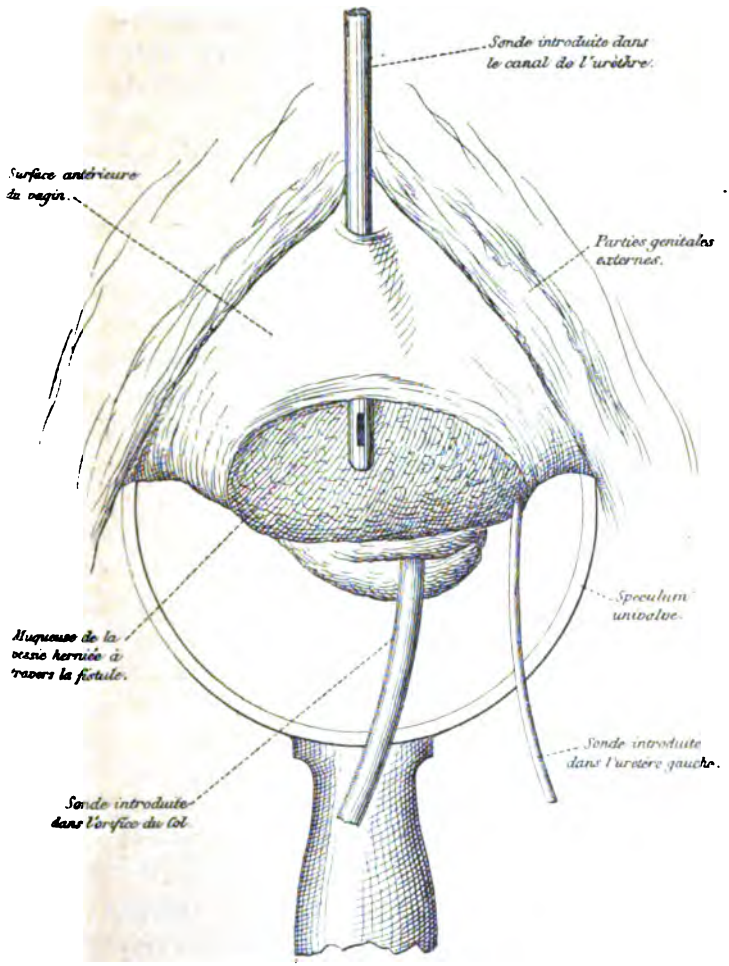



FIG. 2

centimètre environ, la bougie fut retirée, le conduit replié dans la vessie, dont la muqueuse fut repoussée dans sa cavité moyennant une éponge fixée sur une tige, qui, produi-

sant en même temps une tension de la muqueuse vésicale adhérente au col, en facilita la séparation, qui fut faite, de bas en haut, dans une étendue de 12 à 15 millimètres.

Il ne restait de la lèvre antérieure du col qu'une surface de quelques millimètres, couverte par sa muqueuse propre, qui fut enlevée jusqu'à l'orifice. La sonde qui avait été placée

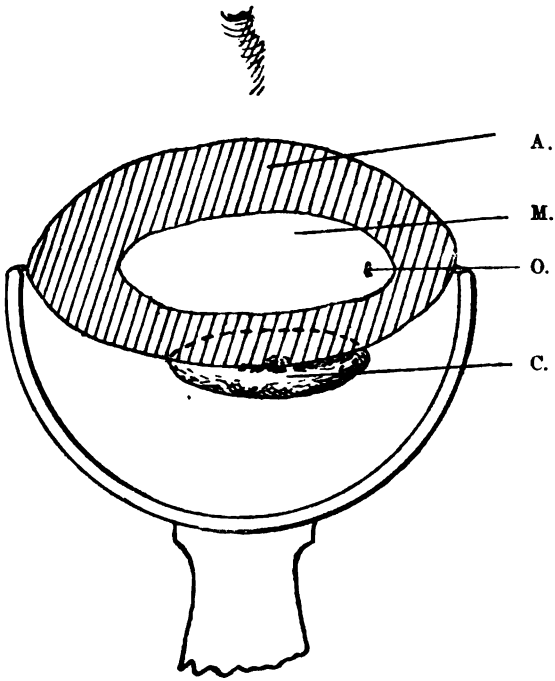



FIG. 3

M, Muqueuse vésicale. — A, Auréole d'avivement. — O, Orifice de l'uretère. — C, Col dont la moitié antérieure fait partie de l'auréole d'avivement.

dans la matrice facilita aussi le temps de l'opération ; au delà des limites latérales du col, une auréole d'avivement fut tracée, de façon à correspondre exactement à celle tracée tout d'abord sur le bord antérieur de la fistule, afin de s'y adapter parfaitement. Le couteau lancéolé courbe à double tranchant facilita cette partie de l'opération ; celle-ci achevée, on aviva la partie antérieure.

On ne pouvait songer à passer du même coup la même aiguille, par conséquent le même fil à la fois dans les deux lèvres de l'avivement ; on procéda de la manière suivante : on plaça d'abord deux fils de bas en haut dans toute l'épaisseur de la lèvre antérieure du col, puis symétriquement deux fils dans la lèvre antérieure de la perte de substance, en ayant soin d'éviter le canal de l'urèthre, dans lequel on avait passé momentanément une sonde pour bien s'orienter. Moyennant ces quatre fils, on pouvait très bien apprécier la résistance des tissus à se mettre en contact. Ceci fait, on plaça de chaque côté les fils en s'éloignant de plus en plus du centre, et ici, ce temps fut relativement facile, grâce à la traction opérée sur les fils du milieu. Le passage des fils dans les parties latérales eut pour effet de rapprocher de plus en plus les parties du milieu ; on attacha alors le bout supérieur du fil inférieur au bout inférieur du fil supérieur et on eut une seule anse de fil comprenant ainsi les deux lèvres à la fois ; huit fils furent placés sur une ligne de près de 6 centimètres de longueur, puis enfin deux autres pour obtenir une coaptation parfaite fermant exactement la vessie, dont la muqueuse, détachée et repliée de bas en haut, n'avait pas été atteinte par les fils.

L'opération dura deux heures, les fils furent réunis en un faisceau qui fut plié de façon à n'appuyer nulle part dans le canal vaginal ; le vagin, parfaitement sec, fut saupoudré d'iodoforme ; la malade fut replacée dans son lit, les genoux soutenus par un petit coussin, sans sonde à demeure, laissant la malade uriner spontanément, et ne pratiquant le cathétérisme que si ce besoin ne pouvait être satisfait.

Cette précaution n'a été nécessaire qu'une fois le premier jour. La malade n'a pas souffert, a passé une bonne journée et une nuit excellente.

Jusqu'au 10 juillet, la température n'a pas dépassé 37°,6 ; on enlève les fils ; on trouve tout en bon état, sauf un peu d'humidité dans le vagin. Les urines sont normales et celles recueillies chaque jour sont de 1.500 cent. cubes environ.

A dater du 11 la malade perd un peu d'urine.

25 juillet. Les urines perdues par le vagin sont plus abondantes. Un examen ne permet pas de préciser par où elles arrivent. Le 12 août, on finit par apercevoir un petit pertuis et à y introduire un stylet fin ; on y fait une cautérisation ignée qui resta sans résultat.

24 août. On ferme le petit pertuis par une opération complémentaire, à la suite de laquelle le succès est complet. La malade s'en retourne chez elle, donne de ses nouvelles en octobre et en janvier 1887, et en janvier 1888; elle se félicite d'être complètement guérie.

Cette observation m'a paru intéressante, non tant par l'étendue de la perte de substance, qui a été plus considérable dans d'autres cas, notamment dans celui qui porte le n° 8 de ma deuxième série communiquée à la Société de chirurgie, mais par la mortification d'une portion de l'uretère gauche et la nécessité de dégager le bout de ce canal du tissu cicatriciel, dans lequel il était englobé, pour pouvoir lui permettre de rentrer dans la vessie, et y verser le produit de la sécrétion rénale, avant de fermer l'ouverture anormale pour guérir l'incontinence.

---

## DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

### PAR LA CASTRATION OVARIENNE (1)

Par **Paul Segond**, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Le traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne, proposé et mis en pratique pour la première fois par Hegar (de Fribourg), a trouvé rapidement crédit auprès des chirurgiens étrangers et c'est à leur initiative que nous devons la majeure partie des travaux publiés sur ce sujet. Parmi

(1) Ce travail a été communiqué à la Société de chirurgie dans la séance du mercredi 18 mai.

nous, l'accueil semble avoir été plus froid ; la bibliographie française de cette méthode de traitement est encore assez brève et, comme publication spéciale, nous possédons seulement, à ma connaissance, le mémoire du professeur Duplay, la thèse inaugurale de Tissier, quelques observations isolées et les communications récentes de Terrillon, soit à la Société obstétricale et gynécologique (séance du 9 février 1888) soit au congrès de chirurgie (troisième session). La question vaut cependant la peine d'être étudiée de près. Les faits actuellement connus ne permettent pas de contester les vertus hémostatiques et atrophiantes de la ménopause par castration et les conclusions formulées par le professeur Duplay résument fidèlement la réalité : « La castration pour fibromes, dit-il, est suivie presque constamment de la cessation complète et définitive des hémorrhagies » et « très fréquemment de la diminution de volume de la tumeur ».

Néanmoins cette méthode de traitement n'a pas rallié tous les suffrages. Elle a sans doute ses partisans convaincus, comme Hegar, Lawson Tait ou Duplay, mais nombre d'opérateurs se montrent tout au moins très réservés à l'égard de sa valeur réelle. Les uns comme Péan et son élève Secheyron (Th. doct., Paris, 1888) préfèrent toujours les interventions directes ; d'autres enfin pensent avec Schrœder et Olshausen que les perfectionnements incessants de la myotomie transpéritonéale conduiront à restreindre de plus en plus les indications de la castration. La question reste donc à l'étude et je crois faire œuvre utile en publiant les résultats que m'a donnés la castration ovarienne sur quatre malades atteintes de fibromes utérins, me réservant d'ajouter à ces documents quelques réflexions générales sur la valeur et les indications de l'opération.

Obs. I. — *Fibrome utérin sous-péritonéal enclavé dans la fosse iliaque droite. — Troubles dysménorrhéiques. — Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. — Guérison.*

Femme de 26 ans n'offrant aucun antécédent héréditaire digne

d'être noté. Réglée à 16 ans; elle a eu 4 grossesses normales. Son dernier accouchement date de 6 mois. A la suite de cette dernière couche, une péritonite assez grave l'a maintenue au lit pendant un mois. Depuis lors, altération notable de la santé générale, amaigrissement, élancements presque continuels dans le petit bassin, douleurs intolérables pendant les dernières règles. La malade entre à l'hôpital Necker le 24 août 1886. L'examen de l'abdomen ne laisse aucun doute sur le diagnostic : il s'agit d'un fibrome utérin sous-péritonéal gros comme une tête de fœtus à terme et couché dans la fosse iliaque droite. L'ovaire droit est impossible à sentir par le toucher. L'ovaire gauche se laisse au contraire facilement percevoir; il ne semble pas augmenté de volume, mais il est très douloureux à la pression. L'utérus fait corps avec la tumeur. Le col est très élevé, entr'ouvert, petit et non ulcéré. La cavité utérine mesure 9 centimètres. La continuité des douleurs, leur intensité suffisante pour empêcher tout travail, leur intolérable exacerbation au moment des règles et l'amaigrissement progressif me conduisent à proposer une intervention chirurgicale qui est du reste très désirée par la patiente.

Le 17 septembre 1886, avec l'assistance de mes collègues MM. Nélaton et Quénu, je pratique la laparotomie, me réservant d'opter soit pour l'hystérectomie, soit pour la castration ovarienne suivant l'état des lieux. Après ouverture du ventre, un examen rapide me démontre que l'ablation du fibrome n'est possible qu'au prix de manœuvres laborieuses et très longues. Des adhérences solides fixent la tumeur dans la fosse iliaque droite et les anses intestinales lui adhèrent intimement. Dans ces conditions, désirant avant tout ne pas compromettre l'existence d'une jeune femme dont la vie n'est pas en définitive directement menacée par la nature du mal, je me décide pour la castration. J'enlève d'abord l'ovaire et la trompe gauches, puis, après réduction du pédicule, je recherche les annexes droites, mais, en dépit de manœuvres très attentives, je ne puis y réussir. Je me résigne donc à refermer le ventre après 40 minutes d'opération. Dix points de suture au fil d'argent et cinq points superficiels sont nécessaires pour refermer la plaie que j'ai dû étendre à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Suites opératoires très simples. Le thermomètre s'élève à 37°,8 le soir du deuxième et du troisième jour, puis, à partir du quatrième jour la température reste normale. L'opérée urine seule

dès le 18 et la première selle a lieu spontanément le 21; j'enlève les fils le 25 septembre, la malade se lève le 5 octobre et quitte l'hôpital le 25, avec une ceinture hypogastrique.

J'ai revu cette opérée plusieurs fois depuis mon intervention. Les souffrances n'ont plus reparu. Les règles de durée normale, ne s'accompagnent plus d'aucun phénomène douloureux; elle a retrouvé son embonpoint, repris son activité et la tumeur semble stationnaire. Son volume ne s'est pas modifié depuis l'opération.

Obs. II. — *Fibrome utérin interstitiel. — Utérus régulièrement développé, dépassant un peu le niveau de l'ombilic. — Métrorrhagies profuses. Ablation des ovaires et des trompes. — Guérison.*

Femme de 40 ans; réglée à 13 ans, mariée à 17 ans, elle a eu deux enfants. La dernière couche remonte à 15 ans. Depuis 8 ans, les règles sont devenues beaucoup plus abondantes. A plusieurs reprises, les pertes sanguines se sont prolongées d'une manière inquiétante. Enfin, depuis cinq ans, la santé générale s'est profondément altérée, un amaigrissement notable s'est produit et l'abdomen s'est progressivement développé. Cette malade m'est adressée en septembre 1886 par mon ami le Dr Célières. Je constate tous les signes d'un volumineux fibrome interstitiel. L'utérus, régulièrement développé, assez mobile, remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le col, sain et peu volumineux, est très élevé. Les culs-de-sac sont libres. L'ovaire gauche se laisse percevoir par la palpation; mais l'ovaire droit est inaccessible. L'état général est médiocre et la malade très affaiblie. Depuis deux mois environ, elle perd du sang sans répit et, profondément découragée par l'impuissance des nombreux traitements médicaux qu'elle a subis, elle réclame avec insistance une opération.

L'abondance des pertes sanguines, l'affaiblissement progressif et inquiétant de la malade ne me laissant aucun doute sur la nécessité d'une intervention rapide, je fais la laparotomie le 17 septembre 1886, avec l'assistance de mes amis Nélaton et Quénu. Après ouverture du ventre, je constate que je puis, à volonté, pra-

tiquer sans difficulté soit l'amputation supra-vaginale, soit la double castration ovarienne. J'opte pour cette dernière opération. Les deux ovaires et les deux trompes sont excisés suivant les règles habituelles, les pédicules liés à la soie phéniquée sont réduits, la toilette péritonéale faite à l'éponge et la plaie abdominale suturée au fil d'argent (neuf points profonds et quatre superficiels). Le tout est terminé en 40 minutes.

L'hémorrhagie utérine encore assez abondante au moment de l'opération s'arrête trois jours après. La miction se fait sans le secours de la sonde à partir du troisième jour et la première selle a lieu spontanément le quatrième jour. La température s'élève à 38° le soir du deuxième jour, à 38°,5 le soir du troisième et redevient normale le quatrième. Bref, pendant huit jours, aucun accident ne vient troubler la guérison ; l'état général est bon et l'appétit particulièrement vif. Le neuvième jour j'enlève les fils à dix heures du matin. La cicatrisation est parfaite. Vers deux heures de l'après-midi, l'opérée, très calme depuis le matin, est prise d'une violente quinte de toux pendant laquelle elle éprouve une douleur vive au niveau de la cicatrice, avec sensation de déchirure et tendance à la syncope. La surveillante, en soulevant la partie inférieure du pansement, constate que la plaie désunie laisse échapper les anses intestinales.

M. Clado, interne du service, est appelé en toute hâte, il défait le pansement, lave soigneusement les anses herniées, les réintègre dans l'abdomen et procède à la suture des lèvres de la déchirure qui s'étend à presque toute la hauteur de la cicatrice abdominale. Dans la soirée l'état général reste alarmant. La face est tirée et la dépression profonde. Le lendemain la situation est la même. Cependant, il n'y a pas de vomissement et le ventre un peu météorisé n'est pas douloureux à la pression. Le surlendemain, tout péril semble écarté, les forces reviennent peu à peu et, dix jours après, j'enlève les fils placés par M. Clado. La cicatrisation est parfaite. Néanmoins je soutiens la région à l'aide d'une suture sèche au collodion. Huit jours après, la malade se lève et peut être considérée comme guérie.

J'ai revu cette malade tout récemment. Depuis son opération, c'est-à-dire depuis près de deux ans, elle n'a pas perdu une goutte de sang. Elle a repris sa bonne mine, son em-

bonpoint, et son activité. Enfin, son fibrome est atrophié. Le fond de l'utérus, qui remontait au-dessus de l'ombilic avant l'intervention, est maintenant au ras du pubis. Cette atrophie remarquable s'est produite dans les quatre mois qui ont suivi l'opération.

Obs. III. — *Fibrome interstitiel. — Hémorrhagies profuses et très graves. — Ablation des ovaires et des trompes. — Guérison.*

Femme de 40 ans, réglée à 11 ans, mariée à 21 ans. Elle a eu trois grossesses. La dernière à l'âge de 27 ans. Les règles sont devenues abondantes depuis cette dernière couche; mais c'est depuis 11 ans environ que les métrorrhagies ont pris des proportions inquiétantes. D'abord intermittentes, les pertes sanguines sont devenues continuelles depuis six ans. C'est en mai 1886, et pendant une suppléance à l'hôpital Beaujon (service de M. Labbé), que je vois pour la première fois cette malade. Très amaigrie, elle est pour ainsi dire condamnée à l'immobilité dans le décubitus dorsal. Le moindre mouvement semble augmenter les pertes et l'émission des caillots s'accompagne toujours de douleurs très vives dans les reins et le bas-ventre. La prostration est extrême et les téguments ont, on peut le dire, la pâleur de la cire. Le diagnostic est d'ailleurs fort simple. On constate en effet tous les signes d'un fibrome interstitiel de moyen volume. Le fond de l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le col est élevé, entr'ouvert, curieusement décoloré et non ulcéré. La gravité particulière des symptômes ne laisse aucun doute sur la nécessité d'une intervention immédiate. L'abondance des pertes est en effet si grande que la mort à brève échéance semble inévitable. La mobilité parfaite de l'utérus et sa forme régulière démontrent qu'une amputation supra-vaginale serait des plus simples à pratiquer, mais l'affaiblissement de la malade est tel qu'une opération de cette importance ne serait probablement pas supportée. Je me décide donc pour la castration ovarienne.

Je pratique cette opération le 24 mai 1886, en présence de M. Labbé, avec l'assistance de mon collègue M. Quénu, de M. Braine, interne du service et de M. Launois, chargé du chloroforme. L'opération se fait vite et très facilement. Incision de la paroi abdomi-

nale de l'ombilic au pubis et sur la ligne médiane, ablation des ovaires et des trompes. Ligature des pédicules à la soie phéniquée, réduction des pédicules, toilette péritonéale rapide. Suture de la plaie abdominale (sept fils d'argent profonds et quatre superficiels) et pansement. Le tout est terminé en 30 minutes.

Le 25 au soir, la température monte à 38°,5. Dans la nuit, il se produit une sorte de dyspnée avec tendance syncopale, sueurs froides et météorisme excessif. Cette crise se termine par une abondante émission de gaz intestinaux dont la surveillante facilite la sortie en introduisant une sonde œsophagienne dans le rectum.

Le 26. La malade est calme et sans fièvre. Elle urine seule. Un purgatif léger provoque une selle facile. Jusqu'au 28, la température reste normale et aucun accident ne se produit.

Le 28 au soir, nouvelle ascension de la température (38°) et, dans la nuit, nouvelle crise de dyspnée avec météorisme. Cette crise dure une heure et se juge cette fois encore par l'émission d'une grande quantité de gaz.

Le 29, la température est normale et la guérison suit désormais son cours sans nouvel incident. Les fils sont enlevés le 2 juin avec le premier pansement. La malade se lève huit jours après.

J'ai revu cette opérée trois mois après l'intervention : son fibrome avait alors notablement diminué, car le fond de l'utérus s'élevait à peine au-dessus du pubis. Quant aux pertes, elles n'avaient pas reparu. Pendant les six ou huit mois qui ont suivi, j'ai eu des nouvelles régulières et j'ai su que la cessation des pertes ne s'était pas une seule fois démentie. J'ai donc suivi cette malade pendant un an environ et, depuis, je ne sais ce qu'elle est devenue. Son état général était si profondément altéré par les pertes antérieures et par l'usage immodéré des injections de morphine, que j'ai toujours douté du rétablissement définitif de sa santé. Mais, quel qu'ait été son sort, le résultat de mon intervention n'a pas moins été remarquable. Cette malade allait mourir par hémorrhagie, la double castration ovarienne l'a sauvée, en arrêtant définitivement les pertes et en provoquant l'atrophie rapide du fibrome.

Obs. IV. — *Petits fibromes interstitiels chez une femme antérieurement opérée pour un polype fibreux. — Métrorrhagies légères, crises dysménorrhéiques très douloureuses. — Double castration ovarienne. — Guérison. — Cessation des règles et des souffrances.*

Il s'agit d'une femme de 37 ans, réglée à 11 ans et multipare (2 grossesses), à laquelle j'ai enlevé en mai 1886 un volumineux polype fibreux de l'utérus. Les deux ou trois mois qui ont suivi, il n'y a eu ni pertes ni douleurs. Puis au bout de ce temps, les règles sont devenues très douloureuses. Depuis lors, les crises dysménorrhéiques ont résisté à tous les efforts de la médication calmante; elles se sont notablement accrues en intensité et en durée; finalement j'ai conseillé l'ablation des ovaires. J'ai pratiqué cette opération le 26 septembre 1887 à la Charité avec l'assistance de mes collègues MM. Nélaton et Quénu. L'opération s'est effectuée rapidement, facilement et suivant le manuel opératoire habituel. J'ai enlevé les deux ovaires et les deux trompes. L'utérus, peu développé, paraissait contenir deux ou trois petits fibromes enchâssés comme des billes vers le fond de l'organe. Les suites de l'opération ont été fort simples. La température n'a pas dépassé 37°,6. Les fils ont été enlevés le 8e jour. La malade s'est levée le dix-huitième et elle a quitté l'hôpital le 27 octobre.

Ce succès opératoire est, on le voit, parfait. Quant au résultat thérapeutique définitif, je suis obligé d'en réserver l'appréciation et voici pourquoi : Depuis l'opération, depuis huit mois par conséquent, la malade n'a plus eu ses règles; elle a repris son embonpoint et retrouvé son activité; enfin, ses douleurs abdominales n'ont plus reparu. Par contre, elle est, depuis fin janvier, tourmentée par des hématémèses assez abondantes qui surviennent à intervalles variables sans périodicité jusqu'ici bien accusée. Cet accident est, je l'espère, sans gravité, mais il ne constitue pas moins une complication fâcheuse qui m'impose encore un certain nombre de réserves au point de vue de la valeur définitive des bienfaits conférés par mon intervention. Je continue du reste à suivre

la malade et je compte publier ultérieurement la suite de son observation.

Ces quatre faits me semblent instructifs et je désire en peu de mots relever dans leur histoire les particularités concernant les indications de l'opération, son manuel opératoire et ses résultats immédiats ou tardifs.

L'*âge* de mes opérées était bien compris dans les délais classiques et l'époque probable de leur ménopause normale beaucoup trop éloignée, pour qu'on ait pu songer à lui confier la guérison des symptômes graves qui réclamaient l'intervention. La première opérée avait 26 ans, la quatrième 37, la seconde et la troisième, 40. Il est, en outre, utile de noter qu'il n'existait chez aucune d'elles la moindre contre-indication locale ou générale à une intervention chirurgicale. Quant à la validité des *indications* auxquelles j'ai obéi, elle ne me semble pas discutable. La malade de l'observation I et celle de l'observation IV n'avaient pas de pertes abondantes, mais leur santé générale et leur activité étaient compromises au plus haut chef par les douleurs intolérables qu'elles éprouvaient au moment de leurs époques. Je me trouvais donc absolument dans les conditions requises. J'estime en effet que M. Magnin, dans la thèse qu'il a faite sous l'inspiration de M. Terrier, a conclu d'une manière très légitime en disant que « l'opération est indiquée surtout dans les cas de douleurs ovariennes intenses avec exacerbations menstruelles qui provoquent par leur présence l'apparition de troubles nerveux d'une intensité variable ». Chez la malade de l'obs. II et chez celle de l'obs. III, l'indication était plus formelle encore et les plus difficiles lui eussent obéi. Il fallait, en effet, arrêter d'urgence des hémorrhagies profuses qui avaient déjà profondément altéré la santé générale de la malade de l'observation II et qui, dans un délai très bref, menaçaient de mort la malade de l'observation III. Les lenteurs d'un traitement médical quelconque, par l'électricité ou toute autre méthode, n'étaient donc point de mise et le bistouri pouvait seul remplir les indications.

Voici maintenant quels sont les motifs qui m'ont conduit, après ouverture du ventre, à adopter l'opération projetée, sans lui préférer une intervention plus radicale. J'insiste sur ces indications après examen direct, si je puis ainsi dire, parce qu'à mon avis et malgré les affirmations inverses d'Hegar, on est, avant l'ouverture du ventre, dépourvu de tout renseignement positif sur la possibilité ou l'impossibilité d'enlever les ovaires. Chez la malade de l'observation I, le fibrome couché dans la fosse iliaque droite adhérait intimement aux anses intestinales et me dissimulait complètement l'ovaire droit. Sans doute, j'aurais pu détruire les adhérences, et, par des manœuvres prolongées, réaliser soit la castration double, soit l'amputation supra-vaginale. Je n'ai cependant pas jugé que la gravité du cas particulier pût autoriser d'aussi périlleux délabrements. La malade était jeune, son activité sociale était à la vérité très compromise par ses troubles dysménorrhéiques ; mais sa vie n'était pas directement menacée. Je me suis donc contenté de lui enlever les annexes gauches, trouvant plus sage d'assurer avant tout la guérison opératoire.

Chez la malade de l'observation II, comme chez celle de l'obs. III, le fibrome était interstitiel et unique. L'utérus régulièrement développé, parfaitement mobile, remontait jusqu'à l'ombilic et rien n'eût été plus aisé que de pratiquer l'amputation supra-vaginale avec fixation du pédicule dans la plaie. Mais, dans ces deux cas, l'ablation des annexes était d'une exécution si facile que la gravité résultant de cette intervention ne pouvait être un instant comparée avec les chances d'insuccès d'une amputation supra-vaginale. Le fait était particulièrement évident chez la malade de l'obs. III, son état d'anémie était si accusé et son affaiblissement tel, qu'il fallait à tout prix rendre l'acte opératoire aussi bref et aussi peu offensif que possible. Enfin chez la malade de l'obs. IV il s'agissait, comme je vous l'ai dit, de petits fibromes interstitiels dont l'ablation eût été sûrement très périlleuse, et la castration était bien certainement l'opération de choix.

Au point de vue du *manuel opératoire*, je n'ai rien de bien spécial à signaler. J'ai fait dans les quatre cas une incision médiane allant de l'ombilic au pubis ; j'ai enlevé les ovaires et leurs trompes, aucun d'eux ne présentait d'altération pathologique appréciable ; j'ai traité les pédicules par la ligature en chaîne à deux anneaux, faite avec de la soie phéniquée ; j'ai évité d'amener les fibromes au dehors pour faciliter la recherche des ovaires ; j'ai pu me contenter d'une toilette péritonéale rapide ; enfin, pour unir les lèvres de la plaie abdominale, j'ai eu recours, suivant mon habitude, à la simple suture à points séparés faits au fil d'argent et comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

Les *suites opératoires* ont été des plus simples pour la malade de l'obs. I et pour celle de l'obs. IV. La température du soir s'est élevée jusqu'à 37°,8 pendant les trois premiers jours. Puis elle est retombée à 37° dès le quatrième. J'ai enlevé les fils le huitième jour et les opérées se sont levées au bout de trois semaines. La malade de l'obs. III a guéri, elle aussi, sans accident sérieux. Toutefois, j'appelle l'attention sur les véritables crises de météorisme qui l'ont, par deux fois, troublée. Je pense en effet que le fibrome laissé en place n'était pas étranger à leur production. Quant à la malade de l'obs. II, tout paraissait marcher à souhait lorsqu'elle a failli succomber à la désunion de sa cicatrice, désunion qui s'est produite quelques heures après l'ablation des fils et sous l'influence d'un accès de toux. Cet accident, dont M. Clado a pu conjurer les funestes conséquences en pratiquant sans retard la réduction de l'intestin et la suture de la plaie, me paraît digne d'attention. Toutes les fois qu'à la suite d'une laparotomie, la cavité péritonéale reste habitée par une tumeur plus ou moins volumineuse, on doit, plus qu'en aucune autre circonstance, songer à l'éventualité d'une désunion mécanique et se comporter en conséquence. Dans le fait que je vous ai communiqué, j'aurais certainement évité l'accident en question, soit en retardant l'ablation de

tous les fils, soit en soutenant la cicatrice par une suture sèche laissée quelques jours en place.

J'en arrive aux *résultats définitifs*. La malade de l'obs. IV n'a plus ses règles et ne souffre plus. Mais, comme son opération date de huit mois seulement et comme une série d'hématémèses se sont produites récemment, j'enregistre le succès opératoire, mais je dois attendre pour apprécier le résultat thérapeutique. Je ne m'arrêterai pas beaucoup plus sur les résultats de l'observation I. Depuis l'opération, c'est-à-dire depuis près de deux ans, les règles sont devenues normales, les souffrances n'ont plus reparu, la santé générale s'est relevée et le fibrome dont l'accroissement progressif était indéniable avant l'intervention, semble maintenant stationnaire. La réalité des bienfaits de la castration n'est donc point discutable ; mais comment une castration unilatérale a-t-elle pu conduire à de pareils résultats ? Je ne puis évidemment l'expliquer. Toutefois, je rappellerai que les douleurs dont se plaignait autrefois la patiente avaient leur point de départ au niveau de l'ovaire que j'ai enlevé et si l'arrêt de développement du fibrome reste sans interprétation bien plausible, la disparition des troubles dysménorrhéiques devient en revanche des plus rationnelles.

Quant au résultat obtenu pour les deux autres opérées, ils sont nets et remarquables. Chez l'une comme chez l'autre j'ai obtenu l'arrêt complet et définitif de tout écoulement sanguin. De plus, trois ou quatre mois ont suffi pour que j'aie vu leurs fibromes s'atrophier au point d'abaisser leurs limites supérieures du niveau de l'ombilic jusqu'au ras du pubis. Chez ces deux femmes l'influence hémostatique et atrophiante de la ménopause par castration s'est en définitive affirmée de la manière la plus évidente.

Pour mon compte, les faits précédents m'ont convaincu de la valeur très réelle de la castration ovarienne dans le traitement des fibromes utérins, et le seul point qui reste encore fort délicat à déterminer dans l'étude de cette question, c'est la *connaissance précise des indications vraies de l'opéra-*

*tion.* Il se dégage à la vérité des faits actuellement connus quelques préceptes généraux susceptibles de guider nos déterminations en présence de tel ou tel cas particulier. Il est par exemple généralement admis que la castration ovarienne convient surtout aux *fibromes de dimension moyenne* ou *petite* qui réclament l'intervention, non point en raison des dangers qui résultent de leur volume, mais à cause des *troubles fonctionnels* ou douloureux qu'ils engendrent et particulièrement des *hémorrhagies* graves qu'ils provoquent. Ce premier groupement des cas de fibromes justiciables de la castration donne même le résumé des indications principales de l'opération ; mais il est bien clair qu'il est insuffisant pour élucider tous les détails de leur histoire. Le problème est en effet des plus complexes, ses données varient pour ainsi dire avec chaque cas particulier et je ne crois pas que l'heure soit encore venue de porter des jugements absolus sur les inconnues qu'il soulève. Toutefois, parmi les considérations variées dont il faut tenir compte pour apprécier l'opportunité de la castration chez une femme atteinte de fibromes, il en est une dont l'importance me semble sérieuse et sur laquelle je crois utile d'insister : je veux parler des *difficultés* possibles de l'opération et du rôle qu'elles méritent dans la discussion des indications ou des contre-indications de la castration ovarienne.

Nombre de chirurgiens ont, vous le savez, signalé ces difficultés opératoires parfois très réelles et susceptibles d'assombrir singulièrement le pronostic de la castration ou même d'empêcher son exécution. Je les ai rencontrées moi-même ; j'ai vu quelques-uns de mes collègues aux prises avec elles et c'est à bon droit, me semble-t-il, qu'une castration trop laborieuse est considérée comme une intervention plus grave que l'amputation supra-vaginale, par exemple lorsqu'elle est régulièrement conduite. Aussi bien, cette première impression m'est-elle restée, que, *pour être opération de choix, la castration doit être avant tout d'une exécution relativement simple.* Ceci admis, il serait, on le conçoit, fort pré-

cieux de reconnaître d'avance quelles seront les difficultés d'une castration, dans tel ou tel cas particulier. Malheureusement ce diagnostic est impossible avant l'ouverture du ventre. Hegar défend à la vérité cette opinion qu'il ne faut jamais entreprendre une castration sans avoir au préalable reconnu les ovaires par le toucher vaginal ou la palpation abdominale, mais il est trop clair qu'en acceptant cette assertion on priverait, comme le dit Olshausen, nombre de femmes d'une opération dont elles sont néanmoins justiciables.

La conclusion naturelle de ces quelques réflexions (plusieurs auteurs et Tissier en particulier l'ont nettement spécifié), c'est qu'une *castration ovarienne ne doit être tout d'abord qu'une laparotomie exploratrice*. Puis, suivant l'état des lieux, si je puis ainsi dire, il faut opter soit pour la castration, soit pour une intervention plus radicale en prenant pour guide de ses déterminations la gravité comparée des opérations dont on peut disposer, et c'est alors qu'il est toujours nécessaire, suivant moi, d'accorder une valeur significative à la *gravité particulière des castrations trop laborieuses*. En présence d'un cas donné de fibrome utérin exigeant une intervention transpéritonéale, toute castration projetée ne sera donc faite que lorsque son exécution paraîtra simple. Par contre, en présence de difficultés opératoires réelles, le chirurgien ne s'attardera pas à des recherches inutiles ou dangereuses et, *difficulté pour difficulté, il donnera la préférence à l'ablation directe des fibromes*. Tels sont les préceptes généraux dont je préconise l'application sans qu'il me soit d'ailleurs possible de les formuler d'une manière plus précise. Mais, comment spécifier davantage ? Les variétés que présentent les fibromes dans leur forme, leur nombre et leurs connexions sont en effet si nombreuses que la détermination à prendre en présence de tel ou tel cas particulier reste forcément une question d'expérience et de tendance personnelles.

Deux exemples suffiront pour légitimer cette réserve. Lorsque les dispositions de la tumeur sont telles que l'am-

putation supra-vaginale paraît facile, les chirurgiens tels que Schrœder et Olshausen n'hésitent pas à la préférer à la castration, quelque simple qu'elle puisse être. D'autres pensent différemment et je suis du nombre, car, en dépit des perfectionnements techniques de l'amputation supra-vaginale, je persiste à croire que cette intervention, toutes choses égales d'ailleurs, reste plus dangereuse que la castration. En tous cas, chez les malades affaiblies ou épuisées comme celles dont j'ai cité les observations (obs. II et III), je ne crois pas qu'il y ait d'hésitation possible. Il faut choisir l'opération la plus rapide, la plus simple et la moins offensive; il faut, en un mot, enlever les annexes et réserver l'amputation supra-vaginale aux cas dans lesquels la castration ovarienne se montre assez difficile pour perdre ses qualités d'opération de choix.

Au contraire des faits précédents, lorsque les fibromes ont des connexions telles que leur ablation entraîne des dangers indiscutables, la question est simplifiée et ceux-là mêmes qui sont enclins à restreindre le plus possible les indications de la castration ovarienne sont obligés de reconnaître qu'elle devient alors la véritable opération d'élection. Par malheur, c'est justement lorsque les fibromes sont enclavés dans l'épaisseur des ligaments larges ou bien encore lorsqu'ils sont immobilisés par des adhérences péritonéales plus ou moins étendues que la castration présente elle-même les difficultés plus grandes. Il en est de même lorsque l'ovaire et la trompe sont eux-mêmes le siège d'altérations plus ou moins étendues. Terrier et Bouilly (Soc. de chir.) ont récemment insisté sur la fréquence de ces lésions concomitantes des annexes et sur les conditions particulières qui en résultent, au point de vue de l'intervention. Sans doute, dans ces divers cas, l'habitude et l'adresse permettent souvent de vaincre les difficultés et de terminer les opérations les plus laborieuses, mais il n'est pas moins vrai que les dangers à courir peuvent être indiscutables. Que faire dans les circonstances de ce genre?

Parfois refermer le ventre est, à coup sûr, la mesure la plus sage. Il est en effet des femmes assez malades pour qu'on leur impose une laparotomie, mais dont la vie n'est pas assez directement menacée pour qu'on ait le droit de les exposer à des manœuvres intra-péritonéales trop périlleuses et c'est pourquoi le mieux est de se borner à la laparotomie exploratrice. A ce propos (l'occasion est particulièrement favorable pour le rappeler) on n'oubliera pas que des manœuvres inachevées compromettent la bénignité habituelle de toute laparotomie exploratrice bien conduite. Le ventre une fois ouvert, il faut donc se garder des explorations manuelles trop offensives, prendre vite son parti, ne commencer la castration ou toute autre intervention qu'avec la certitude de terminer son opération et dans le cas contraire refermer le ventre. En d'autres circonstances la situation est différente. La castration s'annonce comme très laborieuse, l'ablation des fibromes est elle-même difficile, et cependant la gravité du cas exige une solution radicale. C'est alors qu'il faut, à mon sens, ne pas s'attarder à des tentatives de castration inutiles ou dangereuses et donner sans hésitation la préférence à l'ablation directe et complète des parties malades.

Il est un dernier mode d'intervention dont la valeur n'est pas encore bien définie, mais qui semble, néanmoins, très rationnel. Il consiste à remplacer l'ablation des tumeurs ou des annexes par l'application d'un certain nombre de ligatures perdues sur les vaisseaux utéro-ovariques. Plusieurs auteurs, tels que Hegar, Hofmeier, Antal et Schrœder, estiment qu'il peut en résulter une série de troubles nutritifs, capables d'exercer sur les tumeurs utérines des effets analogues à ceux de la castration proprement dite. On sait enfin que cette pratique des ligatures atrophiantes est très vivement recommandée par Terrier. Il y a donc lieu de fonder sur la méthode les espérances les plus légitimes et de la considérer comme un expédient opératoire qui nous permettra peut-être de diminuer beaucoup le nombre des laparoto-

mies simplement exploratrices et d'assurer à nombre de femmes, pour lesquelles nous ne pouvions rien jusqu'ici, des garanties de soulagement ou même de guérison.

Je ne puis insister d'avantage et l'étude plus détaillée de cette importante question dépasserait de beaucoup les limites de cet article. Les quelques développements dans lesquels je suis entré sont à la vérité incomplets, mais ils résument les faits généraux les plus importants à connaître au point de vue des indications générales de la castration ovarienne dans le traitement des fibromes utérins, et c'était là mon but principal. Tout en m'inscrivant au nombre des partisans convaincus de cette méthode de traitement, je me suis en résumé proposé de bien montrer qu'elle n'avait toute la valeur d'une *méthode de choix* que dans certains cas; et, bien que la détermination de ses indications, très imparfaite encore, doive en définitive demeurer l'objectif essentiel de nos recherches ultérieures, il me semble néanmoins que plusieurs côtés importants de la question sont dès maintenant élucidés.

A ce propos, je tiens à répéter que parmi les conditions variées dont il faut tenir compte pour apprécier l'opportunité d'une castration dans tel ou tel cas particulier, il importe d'accorder une valeur prépondérante aux indications tirées de l'état des ovaires et des difficultés matérielles de leur ablation. Comme le disait récemment Terrier à la Société de chirurgie, c'est là le nœud de la question et je ne pouvais souhaiter aux idées que je défends une confirmation plus décisive. Quant à la valeur curative de l'opération, elle n'est plus à démontrer et les grands services qu'elle est appelée à rendre dans le traitement des fibromes ne sont plus un instant contestables. J'entends parler, bien entendu, des fibromes dont le volume, le siège, les connexions ou les symptômes légitiment ce mode d'intervention, et c'est à dessein que j'ai, dans ce travail, laissé de côté soit les fibromes très gros, kystiques ou pédiculés pour lesquels l'ablation transpéritonéale est la seule opération acceptable, soit en-

core les fibromes dont il est possible ou nécessaire de pratiquer l'extirpation par la voie vaginale.

---

# REVUE GÉNÉRALE

## ORIGINES DE LA MATERNITÉ DE PARIS

*Les maîtresses sages-femmes et l'office des accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu* (1378-1790), par HENRIETTE CARRIER, ancienne élève de la Maternité, sage-femme de l'hôpital Lariboisière. — 1 v. in-8° de 270 p. avec grav. et 16 pl. Paris, chez G. Steinheil, 1888.

L'accoucheur de la Maternité de Lariboisière, M. le Dr Pinard, en recommandant au public le livre de sa collaboratrice dit avec raison « qu'il n'est pas téméraire d'avancer que l'auteur qui écrira l'histoire de l'obstétricie du XIXe siècle sera obligé de consacrer l'un de ses plus importants chapitres à la Maternité de Paris ». Nous ajoutons que celui qui voudra se livrer à cette étude trouvera dans le livre de Mlle Carrier des documents précieux sur cet établissement si important, sur ses origines, ses transformations ; sur les maîtresses sages-femmes, les élèves « apprentisses » ; sur les conditions des accouchées si misérables au début, si perfectionnées depuis, et enfin il faut bien le dire avec le regret le plus profond au point de vue de l'obstétricie, sur le soin jaloux d'exclure de cette étude les médecins ; sur l'appel des chirurgiens, exclusivement pour terminer par une opération sanglante une œuvre que la nature semblait impuissante à accomplir, qu'ils n'avaient jamais été admis à observer dans son évolution normale, ignorant par conséquent l'étendue de ses ressources dans l'accomplissement de sa tâche.

L'ouvrage se divise en quatre parties : la *première* est consacrée aux maîtresses sages-femmes de l'Hôtel-Dieu de

1378 à 1775, la *seconde* à l'office des accouchées de l'Hôtel-Dieu, la *troisième* à la maîtrise de Mme Dugès, dernière sage-femme de l'Hôtel-Dieu, mère de Mme Lachapelle ; la *quatrième* à l'hospice de la Maternité, installé dans les couvents de l'Oratoire et du Port-Royal, et à la maîtrise de Mme Lachapelle, la première sage-femme en chef de ce service transféré de l'Hôtel-Dieu à Port-Royal, où il existe encore aujourd'hui.

Pour retrouver les origines de cet établissement au milieu des accroissements et transformations de l'Hôtel-Dieu créé par Saint Landry, Mlle Carrier a dû consulter les archives de l'Assistance publique, mises gracieusement à la disposition de son travail ; elle a pu établir, pièces en mains, que dès le XIIIe siècle il y avait un département spécial pour les accouchées ; que la 4e et la 5e salles leur étaient réservées. Mlle Carrier a trouvé et consigné dans son livre le nom des « saiges-femmes » de l'Hôtel-Dieu depuis 1512 à 1579. Plus tard elle trouve la trace des discussions entre divers personnages éminents pour faire passer leur candidat plutôt qu'un autre ; dans cette liste nous avons remarqué le nom de Mme de la Marche, ancienne apprentisse de l'Hôtel-Dieu, devenue sage-femme en chef. On arrive à Mme Marthe Jouet, veuve du sieur Delaplace chirurgien privilégié, qui mourut le 5 décembre 1775 et fut remplacée par Mme Dugès mère de Mme Lachapelle.

*L'office des accouchées de l'Hôtel-Dieu* comprend 9 chapitres consacrés à la salle des accouchées, à son aménagement et son hygiène. Il faut lire les navrants et instructifs détails de cette installation défectueuse, où l'on trouve quatre accouchées dans un même lit, la salle encombrée, située par surcroît de malheur au-dessus d'une salle de blessés, ce qui selon Peu était une cause de grave insalubrité et de la gravité des maladies des femmes accouchées, qui échappent rarement à la fièvre puerpérale ; « par comble de misère il n'y avait pas de berceaux, les femmes accouchées avaient leurs enfants dans leurs lits malgré l'avis du maître spirituel, qui

avait fait observer qu'en 1672 il y avait eu quatre enfants étouffés en huit mois ».

Tenon apprend qu'en 1664 il était mort une quantité prodigieuse de femmes, et que « dans l'hiver de 1746, de vingt femmes malades en couches à peine en échappait-il une ». Détournons nos regards de ces misères ou plutôt ne les voyons qu'en comparaison avec l'état actuel si consolant, grâce à l'hygiène qui seule déjà avait réalisé des progrès considérables, mais surtout à l'antisepsie appliquée à l'obstétricie, qui à Paris seulement, a sauvé la vie à quelques mille femmes en quelques années ! Le chapitre consacré aux femmes grosses et aux accouchées montre une progression sans cesse croissante dans le nombre des femmes enceintes qui réclamaient l'assistance publique.

« Sur quinze cent trois enfants qui naissaient annuellement à l'Hôtel-Dieu, dit Tenon, il en passait treize cent quatre aux Enfants-Trouvés, il en mourait quatre cents d'une maladie connue dans les hôpitaux sous le nom *d'induration* ou de *gelée* qui paraissait avec le froid en octobre et disparaissait au retour de la chaleur. » Que de victimes, qui aujourd'hui sont sauvées par la couveuse ! Les chapitres consacrés à la maîtresse sage-femme et aux apprentisses sont fort intéressants au point de vue des attributions des fonctions, et des disputes qui en résultaient quelquefois entre les sages-femmes et les religieuses, et aux conditions de réception qui sont utiles à méditer encore aujourd'hui. L'office des médecins, chirurgiens et maîtresses sages-femmes n'était pas toujours exactement défini et c'est ici qu'on voit les précautions prises par l'autorité pour éloigner les hommes de l'exercice de l'art des accouchements ; le nombre de médecins qui y ont exercé cet art a été fort restreint ; en tout cas on n'y a jamais admis un médecin pour *étudier* cet art. On trouve des discussions entre Peu et Mauriceau qui sont peut-être la cause de l'animosité si considérable de ce dernier contre son confrère, qu'il injurie si grossièrement dans l'Avertissement du 2e vol. de la 4e édition de son livre. Il y a p. 95 à 134 du livre de

Mlle Carrier de précieux documents pour l'histoire de l'art, dont quelques-uns inédits.

Si les chirurgiens français ne pouvaient pénétrer dans l'Hôtel-Dieu que sous un déguisement (voy. la Préface du livre de de la Motte où il est dit que pour suivre la visite pendant quelques mois il a dû se travestir en « Topique » (Pharmacien), on y admettait rarement il est vrai et sous le bénéfice de hautes protections des médecins étrangers, mais le Bureau décide bientôt que « dores en avant il sera grandement réservé à accorder lesdites permissions, et que ceux à qui il a permis et permettra cy après d'entrer dans ladite salle, ne pourront approcher des femmes en travail qu'elles ne l'aient auparavant consenty, et pour cet effet *la mère de l'office* saura desdites femmes leur sentiment devant qu'elles soient en travail ».

Enfin en 1782 ; on rappelle encore les anciens règlements et on établit de nouveau : I. « Il ne sera jamais admis pour quelque cause et considération que ce soit, aucun chirurgien du dehors dans la salle des femmes grosses et accouchées, soit pour exercer, soit pour apprendre l'art des accouchements, ou pour s'y perfectionner. »

IV. « En exécution du règlement du 4 avril 1730, concernant les étudiants en médecine qui accompagnent les médecins dans leur visite, lesdits étudiants ne pourront, conformément audit règlement, être reçus sous aucun prétexte dans la salle des femmes grosses et accouchées. » A Strasbourg, grâce à la prévoyance du préteur royal Klinglin, au bon vouloir du Conseil des XXI et à l'impulsion du célèbre accoucheur J. J. Fried, les salles de la Maternité de l'hôpital civil étaient depuis 1725 ouvertes aux élèves et médecins ; un peu plus tard, l'enseignement clinique était donné officiellement par un professeur de l'Université, et n'a cessé de l'être depuis. A Paris cet enseignement n'a été donné que depuis 1835 et le premier titulaire de cette chaire a été Paul Dubois.

Nous ne parlerons pas du ch. VIII, consacré à la « dame

des accouchées et au personnel domestique, » pour arriver à la maîtrise de Mme Dugès, la dernière sage-femme de l'Hôtel-Dieu (1775-1797), et à l'apprentissage de Mme Lachapelle, sa fille.

Rudes ont été les débuts de Mme Dugès à l'Hôtel-Dieu, quand en 1775 elle fut appelée à prendre la direction de l'office des accouchées. Au dehors s'agitaient les idées qui allaient préparer le mouvement de la révolution, au dedans un incendie, puis la fièvre puerpérale qui faisait dans le service de si nombreuses victimes : les autopsies avaient fait penser que le mal était causé par un épanchement de lait, de là le précepte illusoire de surveiller la qualité du lait introduite dans la maison, et le conseil donné par Doulcet de combattre la maladie par des vomitifs. Après quelques moments d'enthousiasme et d'espérance trop tôt évanouis, on fut obligé de reconnaître l'illusion de ces espérances, après lesquelles il ne restait de réel que le zèle de la sage-femme en chef, à laquelle l'état accorda une gratification ; mais dit Tenon : « la cause est ailleurs et le savoir de l'habile et vigilante sage-femme qui prend soin des malades ne saurait surmonter l'insalubrité de cette maison ; la peste des femmes en couches et des opérées est en partie l'effet de l'infection de l'air, et cette infection est a grande cause de l'insalubrité de l'Hôtel-Dieu ». C'est dans ces conditions lamentables d'apprentissage qu'on voit pour la première fois apparaître le nom de sa fille Marie-Louise Dugès veuve de M. Lachapelle, alors que la Maternité insalubre de l'Hôtel-Dieu allait se fermer, et que le service des accouchées était transporté à l'Oratoire et au Port-Royal réunis, où il existe encore aujourd'hui ; nous arrivons ainsi à l'hospice de la Maternité dont Mme Lachapelle fut la première sage-femme en chef, et où fut fondée l'école actuelle des sages-femmes de Paris.

L'installation de ce service fut infiniment supérieure et plus salubre que celle de l'Hôtel-Dieu. Grâce au local et à la vigilance de la maîtresse, l'état des accouchées s'améliora et l'enseignement des sages-femmes reçut de sérieux per-

fectionnements. Chaque cas est soigneusement noté, commenté et revu par Mme Lachapelle; c'est dans la collection de ces observations si nombreuses, qu'elle trouva les éléments du livre admirable qu'elle donna au public et qui est pour la Maternité de Paris, où il a été composé, un titre de noblesse. Notre langage peut paraître trop laudatif à quelques personnes qui n'ont pas étudié cette suite de mémoires dans les trois volumes laissés par elle, et dont les derniers ont été publiés après la mort de l'auteur par M. Dugès, professeur à la Faculté de Montpellier, neveu de Mme Lachapelle.

Lors de la publication du premier volume, Nægele en fit une analyse savante, où son admiration se révèle en un langage qu'on ne trouve pas souvent si laudatif sous sa plume ordinairement si peu prodigue d'éloges, et parfois caustique. Intéressant est le dernier chapitre du livre de Mlle Carrier qui renferme tant de faits curieux et importants.

En publiant les *Origines de la Maternité de Paris* dans laquelle elle a été élevée, Mlle Carrier a rendu un véritable service à l'histoire de l'obstétricie, elle a compris que la science qui ne s'appuie pas sur l'histoire n'a aucune solidité, que l'homme sans l'histoire est un voyageur qui ne sait pas d'où il vient, ni où il doit aller. Cette histoire de la Maternité de Paris est intéressante encore au point de vue de l'histoire de l'obstétricie et à celui plus élevé encore de l'histoire de la médecine, ou l'on voit chaque branche de l'art de guérir ne s'élever et grandir que par son mérite propre. Les chirurgiens ne gagnent leur place à côté des médecins qu'après de longs siècles de dédaigneuse subordination et de luttes à soutenir, dont l'histoire a gardé le triste souvenir; l'opposition faite par les médecins aux chirurgiens, ceux-ci ne l'ont-ils pas faite naguère aux accoucheurs, quand ils ont aussi demandé leur place au soleil et au banquet de la vie, au nom de l'importance d'un art grandi par la science et les succès dans la pratique? ce succès s'est affirmé par la création de services d'accouchements, à côté de ceux de médecine et de chirurgie, dont la direction ne

s'obtient que par les mêmes concours, ne prouve-t-il pas l'émancipation par la dignité scientifique d'une branche de l'art laissée pendant des années si longues dans des conditions si défavorables à ses progrès. Un seul établissement existe encore à Paris où nominativement du moins subsiste encore le vieux règlement de l'Hôtel-Dieu, et où le *médecin* est le chef, et le *chirurgien* son subordonné, sans un service qui lui soit officiellement attribué; et où celui qu'il a maintenant, il ne le tient que de la haute bienveillance de son collègue!

Il n'y a pas longtemps qu'un médecin peut entrer à la Maternité de Paris toujours fermée aux élèves. Il y a peu d'années que priant le chirurgien de me montrer son service il me répondit « je n'en ai pas ». Que faites-vous ici lui répondis-je? « Je termine les accouchements quand je suis appelé pour cela, mon œuvre achevée je m'en vais ». Mais c'est un anachronisme, vous me ramenez au XVI^e siècle... Nominativement, c'est ainsi, mais en réalité voici le service que je tiens non du règlement mais de la courtoisie de mon collègue.

Ce coin du vieux Paris où persiste un règlement suranné fait un contraste singulier avec la haute situation conquise par celui qui aujourd'hui représente si magistralement l'obstétricie en France, il est bien fait pour montrer les progrès qui se sont accomplis dans l'esprit public, par le respect dont jouit l'art des accouchements, et la considération dont sont entourés ceux qui l'exercent dans les situations conquises par leur savoir.

Ne réjouissons plus le public par le scandale de disputes surannées, mais imposons lui la considération par les progrès de l'art et la distinction avec laquelle il est exercé.

L'œuvre de M^lle Carrier est méritoire avant tout par la pensée qui a inspiré ce pieux hommage à une fondation dans laquelle elle a été élevée, aux maîtresses qui s'y sont illustrées, et aux services dont la science leur est redevable.

Toute sage-femme doit chercher à mériter par ses efforts

de pouvoir se dire élève de Mme Lachapelle, ce nom est tellement illustre, qu'on s'en est emparé, hélas, comme d'une réclame !

Ce livre est méritoire encore par la manière dont il a été écrit, le style en est clair ; l'auteur n'a reculé devant aucune recherche pour trouver les informations nécessaires et utiles, il représente une somme de travail considérable qui inspire au lecteur une grande reconnaissance.

C'est une mine riche en informations précises, qui par les indications qu'il donne, ouvre encore la porte à des recherches nouvelles à ceux qui ont le désir de pousser plus loin leurs investigations.

Nous ne pouvons que féliciter la sage-femme de Lariboisière de la manière dont elle a accompli la tâche qu'elle s'était imposée ; cette œuvre lui fait grand honneur.

L'éditeur ne doit pas être oublié dans l'expression de la reconnaissance du public, c'est lui qui a revêtu le livre de cette forme élégante, qui l'a enrichi de ces gravures, de ces deux portraits, des 16 planches ajoutées à l'ouvrage, et des entêtes et culs-de-lampe si parfaitement dessinés et gravés qui en font un livre d'une forme si coquette.

Prof. F. J. HERRGOTT,
Ancien agrégé en Chirurgie et Accouchements.

---

# REVUE DE LA PRESSE

**Pathologie et traitement de l'endométrite non puerpérale**, par le Dr J. HEITZMANN (Vienne). *Traduit de l'allemand par le* Dr R. LABUSQUIÈRE.

Les maladies de *l'endometrium* sont fort communes et diverses. Elles surviennent, pour le plus grand nombre, en conséquence des modifications nombreuses que subit la muqueuse utérine pendant la vie sexuelle de la femme ; mais, si l'on fait abstraction de celles qui ont pour origine des néoplasmes, des maladies du

*puerperium*, il faut reconnaître que les affections phlegmasiques de l'*endometrium* n'ont pas été l'objet d'une étude détaillée.

Et cependant, on les voit survenir à toutes les époques de la vie, bien que plus fréquemment pendant la période de fécondité de la femme. Quelques-unes sont plus spéciales à l'âge de la ménopause.

La diversité qui existe dans leur expression clinique crée la nécessité d'une classification. Ruge en a basé une sur l'étude des caractères histologiques, mais elle ne saurait suffire pour les besoins de la pratique. A ce point de vue, les véritables éléments fondamentaux d'une bonne classification sont ces trois phénomènes dominants : *Sécrétion, hémorrhagie, douleur.*

La sécrétion varie suivant le degré et suivant le siège de la maladie. La sonde utérine constitue un excellent moyen d'exploration car elle permet d'apprécier si la muqueuse est malade, dans quelle étendue, et à quel degré. Pour les hémorrhagies, il faut les distinguer en hémorrhagies *typiques et atypiques.* Une des formes les plus communes, consiste dans l'écoulement, durant la période intercalaire, d'un mucus sanguinolent. La muqueuse saigne facilement au contact de la sonde utérine. Il y a, en quelque sorte, dans ce symptôme, un moyen de mesure de la maladie. La douleur apparaît au moment des règles sous forme d'accidents dysménorréiques ou bien un peu avant. En dehors de cette époque, elle indique une participation au processus pathologique de l'ovaire ou du *perimetrium.*

Si l'on prend pour base de classification les traits cliniques essentiels, il faut distinguer trois variétés d'endométrites, caractérisées : a) *par l'abondance de la sécrétion* ; b) *par l'abondance des hémorrhagies* ; c) *par la prédominance des accidents dysménorrhéiques*, ou pour mieux dire, *par la douleur.*

Eu égard aux changements anatomiques, on trouve dans la première série : l'endométrite catarrhale (catarrhe et blennorrhée) ; dans la seconde, les formes hypertrophiques, l'endométrite hypertrophique diffuse, papillomateuse, fongueuse et polypeuse, l'endométrite déciduale ; enfin dans le troisième groupe, l'endométrite dysménorrhéique, exfoliatrice, et disséquante.

Le **Catarrhe**, et en particulier le chronique, est tellement fréquent qu'il est extrêmement rare de rencontrer une femme âgée qui en soit complètement indemne. On peut étudier très exactement les

modifications qu'il entraîne sur les parties ectopiées. Dans le cas d'orifice étroit, la tuméfaction des tissus aboutit à l'ectropion de nature inflammatoire. A l'origine, c'est la plupart du temps, la muqueuse du col qui est atteinte, le reste de la muqueuse ne devient malade qu'ultérieurement.

La **blennorrhée**, suite de l'infection, se propage habituellement du vagin à l'*endometrium*. Il semble que la variété de blennorrhagie de l'homme, qui reste latente pendant plusieurs années, est, non rarement, le point de départ d'une contamination primitive du col : on découvre des gonococcus, bien que rares, même dans la sécrétion catarrhale. La guérison spontanée ne survient jamais; bien au contraire, la maladie s'étend toujours de plus en plus, soit par les vaisseaux lymphatiques qui émanent des érosions de la portion vaginale, soit, par continuité de tissus, à travers les trompes.

La **forme hypertrophique, diffuse**, l'endométrite hémorrhagique, intéresse également toute la muqueuse : la sécrétion est faible mais, par contre, les hémorrhagies sont fréquentes soit sous forme de véritables pertes de sang, soit sous forme de ménorrhagies La muqueuse épaissie de 0,5 — 1,0 cent. remplit la cavité utérine à la manière d'une masse spongieuse. L'*endometrium* offre le prototype de ces modifications anatomiques, peu après un avortement, qui s'est accompli régulièrement. De même, le plus habituellement, dans les cas de fibromes, ou bien à la suite de maladies infectieuses aiguës. La muqueuse présente, d'une façon constante, les caractères morphologiques qu'elle prend au début de la menstruation. Le fait dominant pour cette variété d'endométrite, c'est la présence de cellules caliciformes dans les produits de sécrétion; en général, l'affection rentre pour le groupe des endométrites *interstitielles* : ce que Schröder a décrit sous la dénomination d'*adénome diffus* n'en est qu'une variété.

L'endométrite **papillaire** (villeuse) aboutit à des bourgeonnements partiels de la muqueuse utérine, principalement vers le fond de l'utérus. Ces excroissances correspondent à une hypertrophie simple de la muqueuse avec dégénérescence des éléments glandulaires. Slavjanski a donné une description exacte de cette variété d'endométrite. La muqueuse, dépouillée de son épithélium, est composée de deux couches qui, en réalité, fusionnent en une seule; l'interne est formée, exclusivement, de tissu connectif em-

bryonnaire et de glandes incomplètement développées. Elle fournit le substratum aux végétations polypeuses. Cette variété d'endométrite, indépendante de l'accouchement (avortement), s'observe aussi chez des femmes vierges, à la suite d'un catarrhe chronique. L'endométrite à excroissances polypoïdes de la muqueuse, décrite par Kustner, aussi bien que celle avec bourgeonnements de la muqueuse atteinte d'un processus gonorrhéique chronique qu'a signalée Nöggerath, rentrent, en partie, dans cette catégorie.

**L'endo métrite longueuse** (Récamier, Olshausen) se distingue par les hémorrhagies qui peuvent se prolonger des mois, des années même. A près dilatation, le doigt explorateur constate, au niveau du fond de la matrice, que la muqueuse est épaissie et ramollie au point qu'elle se laisse facilement déprimer. On ne sent jamais de productions polypoïdes. Les excroissances sont très lâches. L'épaisseur de la muqueuse varie de 2-5 millim. sa surface est lisse. Le revêtement épithélial est normal, les orifices glandulaires évasés, les vaisseaux en état d'ectasie ; dans l'intervalle, il existe une infiltration cellulaire. L'étiologie de cette affection, particulièrement dans ses rapports avec la ménopause, est inconnue.

**L'endométrite polypeuse** se présente sous deux formes : a) Dans l'une, seule, la muqueuse du col est intéressée ; cette variété succède à une métrite cervicale, chronique. Elle aboutit à des excroissances polypoïdes, siégeant au niveau de *l'arbre de vie*, et à la dilatation de la lumière du col. Les symptômes habituels sont l'hypersécrétion, les hémorrhagies, et les douleurs dysménorrhéiques en rapport avec les obstacles mécaniques. Dans la seconde variété, que Klebs a décrite, il se produit un bourgeonnement de la muqueuse du corps sous formes de rides et de crêtes transversales. Le stroma présente une couche épaisse de gros noyaux cellulaires et des espaces lympathiques dilatés. Cette forme, qui est très rare se distingue par l'abondance de la sécrétion ; elle ne s'accompagne ni d'hémorrhagies, ni de douleurs dysménorrhéiques.

**L'endométrite déciduale** est toujours en relation de causalité avec l'accouchement, et surtout avec l'avortement. La muqueuse utérine dont l'involution est normale, bourgeonne peudant six semaines, des mois. Müschkin admet trois variétés de cette affection : a) *interstitielle ;* b) *parenchymateuse ;* c) *mixte.* Il faut ajouter l'*endométrite déciduale kystique* dont Maslovsky a donné la description. L'endométrite peut exister pendant et même avant la

grossesse, mais ce n'est qu'à l'occasion de circonstances nouvelles qu'elle affecte le *type décidual*. Ainsi, le produit de la conception est-il expulsé à une époque où les éléments de la caduque n'ont pas subi les phénomènes de régression nécessaires à leur élimination, ces éléments vont être le point de départ de végétations polypeuses. Et si la caduque réfléchie est déjà dans les conditions où il lui est impossible de vivre, les débris de la caduque vraie peuvent être l'origine d'une dégénérescence adénoïde.

**L'endométrite exfoliatrice** est essentiellement caractérisée par l'expulsion partielle, pendant l'éruption menstruelle, de la muqueuse. Les différences de structure des membranes expulsées indiquent que cette affection est plutôt l'expression symptomatique de processus endométriques divers. En tout état de cause, l'exfoliation est favorisée par la production entre les couches superficielles et profondes de la muqueuse, de raptus hémorrhagiques. Dans l'étiologie rentrent des causes locales et générales. La maladie est extrêmement rebelle : parfois, elle ne cède qu'à l'époque de la ménopause.

**L'endométrite disséquante** (Kubassow) ne produit pas seulement l'exfoliation de la muqueuse, mais aussi celle de la couche musculaire sous-jacente. Ses symptômes sont : les vomissements, la perte de connaissance, la sensibilité de l'utérus (périmétrite), la fièvre. La maladie est très grave, peut aboutir à un dénouement fatal, et mérite d'être rangée parmi les processus phlegmoneux.

**L'endométrite atrophique** est l'apanage de l'âge avancé. La muqueuse est amincie, la surface est lisse, et la cavité utérine paraît agrandie. La plupart du temps, les parois de l'utérus ont elles-mêmes perdu de leur épaisseur.

Dans une autre forme, toute la surface interne est comme granuleuse, avivée ; elle saigne au moindre contact de la sonde. Cette variété se rencontre surtout chez les femmes qui ont eu des enfants. Il s'établit des adhérences qui créent des sténoses, des atrésies utérines. La muqueuse présente assez souvent des points ecchymotiques. L'épithélium a rétrocédé vers une forme moins parfaite. les éléments cylindriques à cils vibratiles ont fait place à des éléments pavimenteux. — *Psoriasis de l'utérus?* — On ne rencontre dans la muqueuse du corps que des traces de ses glandes, tandis qu'au niveau du col, les œufs de Naboth sont plus développés. Le tissu interglandulaire est fibreux, cicatriciel. Souvent, il s'écoule un liquide mince, opaque, ou purulent ; parfois il se pro-

duit des hémorrhagies, jamais des douleurs. En somme, cette variété doit être tenue pour une endométrite en rapport avec des modifications séniles de la muqueuse, mais qui possède souvent aussi dans son origine une infection gonorrhéique.

Les endométrites développées sous l'influence de maladies générales, syphilis, tuberculose, n'offrent aucun caractère de spécificité. Cependant, dans celles qui sont en connexion avec la première, l'examen histologique a fait constater un épaississement notable des parois vasculaires.

Quand il s'agit d'instituer un traitement, il faut s'appliquer à dégager nettement le facteur pathogénique. Suivant le cas, ce traitement est *local*, ou *général*. Local, il peut être *direct* ou *indirect*. Il est indirect quand il a pour objectif de guérir des affections concomitantes des organes péri-utérins. S'il existe une inflammation catarrhale de la muqueuse des autres régions du canal génital, il faut, de toute nécessité, la guérir avant d'entreprendre le traitement d'une endométrite du corps, cette précaution est encore plus impérieuse dans le cas d'affections inflammatoires des annexes. Sous ce rapport, les tuméfactions, les déviations utérines, les érosions, etc..., réclament l'attention du gynécologiste.

Le choix, convenable, du traitement local exige l'usage de la sonde utérine comme moyen de préciser le diagnostic. Elle renseigne sur le siège, la nature, l'intensité de la maladie.

Contre les formes *catarrhales* la technique opératoire est la suivante : abstersion très soigneuse de la muqueuse, et application sur la muqueuse et sur ses glandes d'une substance astringente. En cas d'étroitesse de l'orifice, la dilatation ou même la discission préalable peut être nécessaire. Parfois il suffit de l'abaissement de l'utérus, suivi de la dilatation mécanique de l'organe. Comme porte-substance, on peut utiliser la sonde de Playfair, ou un instrument analogue, des bourdonnets de coton saisis avec la pince de Bozemann. S'il s'agit de substances liquides, on se servira de la canule de Bandl, etc. La solution de sulfate de cuivre à 10 0/0 est une des meilleures.

Il y a une autre manière d'amener des liquides dans la cavité utérine. Ainsi, par l'usage du cathéter double de Fritsch-Bozemann qui permet de faire passer de 1/2 — 2 litres de liquide, lavages pour lesquels on emploie en général des solutions antiseptiques

faibles. Mais l'emploi de la canule de Banâl est préférable. Enfin, dans les cas de catarrhes utérins, rebelles, *le curettement suivi de la cautérisation*, trouve ses indications.

L'auteur a employé, il y a plusieurs années, le traitement sec du catarrhe utérin par l'emploi des substances pulvérulentes, procédé préconisé par Kugelmann. A vrai dire, la méthode est commode mais trop peu efficace. Il a, pour ce qui le concerne, utilisé l'acide borique en poudre, pur.

Dans les formes *hémorrhagiques*, il faut aussi se préoccuper de la maladie fondamentale. Quant au traitement local, il exige, toujours, une *cautérisation énergique*. Pour la pratiquer, les porte-caustiques réalisent bien le but. Quand on a affaire à un orifice large, on peut très bien porter directement le crayon caustique sur la muqueuse, en évitant de le laisser séjourner dans la cavité utérine. Le défaut de ce procédé, c'est qu'on n'atteint pas tous les replis, toutes les dépressions de la muqueuse. Enfin, on peut également utiliser les bourdonnets de coton, dont on se sert pour le nettoyage, l'écouvillonnage de la muqueuse dans les cas de catarrhe. Ici, on les imbibe de la solution caustique.

Une méthode à laquelle, à tort assurément, on a plus rarement recours aujourd'hui, consiste dans les injections intra-utérines de perchlorure de fer, de teinture d'iode, comme les a recommandées C. Braun. Il est clair que ces injections comportent un certain nombre de précautions indispensables.

Mais tous ces procédés sont impuissants quand il existe dans la cavité utérine des fongosités volumineuses, des débris déciduaux ou placentaires. Dans certains cas, le tamponnement pratiqué avec la gaze iodoformée remplit les indications.

Contre les *formes dysménorrhéiques*, le traitement doit beaucoup varier. S'agit-il d'un obstacle mécanique, il faut naturellement recourir aux moyens propres à le lever. Existe-t-il un état de congestion habituelle, c'est aux scarifications qu'on doit recourir. Dans les autres variétés de cette espèce d'endométrite, on utilisera l'application des crayons iodoformés, encore l'efficacité de cette thérapeutique est-elle très problématique. Contre l'endométrite desséquante, Kubassow a indiqué toute une série de moyens. Enfin, quand il s'agit de l'endométrite atrophique, tous les procédés échouent; ici, le traitement ne peut être que symptomatique. (D'après l'analyse faite in Cent. f. Gynäk., n° 15, 1888.)

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du* 10 *mai* 1888.

SCHWARTZ. **Deux observations de torsion dans les kystes de l'ovaire.** — Ob. 1). Il s'agit d'une femme âgée de 52 ans, qui, une année auparavant, remarqua que son ventre augmentait de volume. Ce développement semble avoir coïncidé avec l'installation de la ménopause. De plus, il fut assez considérable pour avoir nécessité, en raison des accidents dyspnéiques, quatre ponctions qui donnèrent issue à un liquide qui fut successivement jaunâtre, filant, brunâtre. Comme le liquide se reproduisait assez rapidement, en s'accompagnant toujours des mêmes malaises, et bien qu'à aucun moment il ne fût survenu de douleurs abdominales marquées, une opération radicale fut décidée. Par le palper abdominal, on constata la présence d'une volumineuse tumeur abdominale, ovarique, fluctuante, mais multiloculaire avec une poche considérable dans sa portion antérieure. Le toucher vaginal permit de reconnaître son indépendance absolue vis-à-vis de l'utérus. *Laparotomie.* L'opération fut laborieuse en raison des nombreuses adhérences contractées par la tumeur qui était constituée par un *K. multiloculaire* de l'ovaire droit. Le pédicule, gros, charnu, était tordu, d'environ 1/2 tour, sur son axe. Ovaire gauche sain. *Aucun accident ne survint, et la malade se leva le* 18e *jour sans que la température eût jamais dépassé* 37°,5.

OBS. 2). L'évolution clinique a été dans ce cas un peu différente. Ici encore il s'agit d'une femme âgée de 52 ans. Réglée à 13 ans, menstruation régulière depuis. 5 enfants, venus au monde après des accouchements normaux. Ménopause, à 44 ans. C'est, 6 ans environ après la cessation des menstrues, que se sont déclarés les premiers accidents. En novembre 1886, apparition de douleurs assez vives dans le bas-ventre et les reins ; en décembre de la même année, pertes sanguines abondantes, qui durent 5 jours et cessent quand la malade reste au repos pour reparaître dès qu'elle se lève ; le ventre est dur au palper et ballonné, mais sans qu'il y ait encore de tumeur apparente. Tout se calme sous l'influence du repos au lit pendant quelques jours.

En février 1887, nouvelles douleurs, vomissements pendant 12 heures, et nouvelles pertes de sang qui reviennent tous les 18 jours.

En avril, elle remarque que son ventre grossit de plus en plus; à cette époque aussi elle ressent de violentes douleurs qui lui faisaient dire *que l'intestin se rètournait; elle avait conscience d'un déplacement qui se produisait dans l'intestin.* Le 10 août, *ponction aspiratrice* qui retire 13 litres d'un liquide brunâtre, épais, ressemblant à de la bière brune. Consécutivement, accidents péritonéaux.

Diagnostic : kyste de l'ovaire multiloculaire sans adhérences probables à l'utérus qui est mobile, dont le pédicule est probablement tordu, avec accidents de péritonite tenant soit à cette torsion, soit à la ponction. *Ovariotomie,* le 19 août, on trouve un kyste de l'ovaire droit, dont le pédicule est tordu 2 fois 1/2 sur son axe. Suites opératoires excellentes, 15 jours après, la guérison était parfaite.

*Réflexions.* — La première de ces observations m'a paru intéressante à cause du développement du kyste après la ménopause, de ses adhérences multiples et assez variées, et surtout de cette torsion du pédicule d'un 1/2 tour, qui, s'effectuant sur un tractus épais et charnu, n'a pu être plus considérable, mais n'en a pas moins produit des épanchements sanguins abondants dans la poche, et très certainement la plupart des adhérences que nous avons observés. Tout ici a évolué silencieusement, et il eût certainement, n'était la nature du contenu, été impossible de penser à un pédicule tordu.

Dans la seconde observation, où la tumeur s'est ainsi développée après la cessation des règles, la production du kyste semble avoir été accompagnée de troubles du côté des organes génitaux profonds, consistant surtout en métrorrhagies, qui avaient même, à un moment donné, affecté une périodicité presque menstruelle; la tumeur ne devint évidente qu'après les accidents survenus quelques mois avant l'opération, et correspondant à cette sensation spéciale qu'a si nettement accusée la malade, et qui nous fit penser à une torsion possible.

KIRMISSON. **Grossesse extra-utérine datant de trois ans. Laparotomie, guérison.** — L'auteur, à l'occasion d'une observation personnelle, résume les principaux travaux qui ont paru depuis la thèse

de Maygrier sur la grossesse extra-utérine, et rappelle un certain nombre de faits relatifs au même sujet qui ont été publiés récemment. Entre autres, celui de Breisky offre beaucoup d'intérêt. Voici d'abord, brièvement résumé, celui de Kirmisson.

Obs. — La femme dont il s'agit est âgée de 32 ans. Dans les premiers jours d'avril 1884, elle devient enceinte. Puis, en juin, six semaines environ après le début de la grossesse, et à la suite d'une vive contrariété, elle est prise d'une perte de sang abondante, de douleurs dans le ventre, et de vomissement. L'hémorrhagie se prolonge de juin à juillet. Vers le 8 août, la femme perçoit des mouvements actifs du fœtus, qui cessèrent quelque temps après. En janvier 1885, sécrétion lactée. Au commencement de mai retour de la menstruation et disparition du lait. En décembre 1886, nouvelle crise douloureuse, violentes douleurs dans le bas-ventre, phénomènes de péritonite. Puis, nouvelle période d'accalmie, etc.

*Examen en mars* 1888. — « Il existe dans l'abdomen une tumeur qui occupe toute la région sous-ombilicale, surtout à droite, et remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La forme de cette tumeur est celle d'un ovoïde irrégulier, avec deux bosselures plus saillantes, l'une à droite, l'autre à gauche. La palpation fait sentir une dureté uniformément rénitente dans tout le flanc droit, avec des parties inégalement dures, surtout au voisinage de la portion supérieure de la tumeur. C'est à ce niveau que la douleur à la pression est le plus vive. Malgré sa dureté, la tumeur, dans toute sa portion inférieure, surtout à gauche, possède une sonorité tympanique ; dans certains points même, on perçoit un fin gargouillement. Il est donc bien évident qu'il existe des gaz dans son intérieur.

Le toucher vaginal permet de constater l'absence de tout écoulement et l'intégrité absolue du col, qui n'est ni ramolli, ni entr'ouvert. L'utérus, légèrement refoulé à gauche, en avant de la tumeur, est resté mobile. La tumeur, dans son ensemble, peut subir de légers déplacements latéraux, mais qui ne se produisent pas sans provoquer de vives douleurs.

*Opération le* 17 *août* 1880. — Le kyste fœtal, outre le fœtus, contenait beaucoup de gaz et une sanie purulente. Le fœtus, à l'état de macération avancée, fut extrait par morceaux. La poche fut ensuite soigneusement lavée avec de l'eau boriquée et l'on plaça,

parallèlement l'un à l'autre, deux gros drains. Pansement à la gaze iodoformée. Suites opératoires satisfaisantes. Le 9e jour cependant, les pièces du pansement furent trouvées tachées par les matières fécales; une communication s'était établie entre la poche et l'intestin. Toutefois, la marche de la convalescence ne fut troublée que par quelques élévations de la température. Le 5 janvier, au moment où la femme a quitté l'hôpital, la plaie était réduite à une petite fistulette qui ne laissait plus passer qu'une quantité insignifiante de matières. Le 9 février, l'état général de l'opérée était excellent; ses règles sont revenues deux fois après l'opération. Toutefois elle conserve encore une très petite fistule, donnant parfois passage à une légère quantité de matières fécales.

Ainsi que nous l'avons dit, l'auteur s'appuie sur les travaux et faits antérieurs dans son exposition critique du traitement de la grossesse extra-utérine.

On peut être appelé à intervenir, dans des conditions bien différentes.

1° Comme pour la malade, l'intervention peut s'imposer *immédiate*; la gravité des accidents ne laissant aucun sursis à l'opérateur, sous peine de voir la malade succomber.

2° *Dès les premiers mois de la grossesse*. La principale objection, c'est qu'alors le diagnostic lui-même est entouré de grandes difficultés.

3° *Au moment de la rupture du kyste*. La statistique de L. Tait, cité par Maygrier, est fort encourageante, 20 guérisons sur 21 cas. Il y a eu quelques interventions malheureuses, cas de Hunter, de Bosemann, mais, depuis, les succès se sont multipliés (Hart, Johnston, Duchamp, etc.); ils sont suffisants aujourd'hui pour permettre de poser en régle la *nécessité de la laparotomie dans le cas de rupture de grossesse extra-utérine*.

4° *Intervention pendant la seconde moitié de la grossesse, l'enfant étant vivant*. Les statistiques sont fort peu encourageantes, pour la mortalité maternelle elles donnent 88 0/0 (Harris). Et le nombre des enfants qui succombent est considérable. C'est pourtant dans ces conditions que Breisky a obtenu un beau succès.

5° *Laparotomie dans le cas de rétention du fœtus mort*. Dans ces conditions, les résultats sont meilleurs. La mortalité maternelle, tombe à 35 0/0, d'après les faits rassemblés par Maygrier. Mais les cas présentent entre eux de grandes différences.

Ainsi le sac fœtal peut être libre d'adhérences et l'on pénètre fatalement dans la grande séreuse abdominale, ou bien, il est intimement fusionné avec la paroi de l'abdomen et l'on peut arriver dans le kyste sans pénétrer dans la cavité péritonéale. Enfin, même dans le cas où l'on est obligé de pénétrer dans cette cavité, on peut se comporter d'une manière différente suivant les circonstances : enlever le sac en totalité, comme l'a fait avec succès Bosemann, si la chose est possible ; ou bien laisser en place le placenta comme l'a pratiqué Bouilly. Dans cette dernière éventualité, on devra redoubler de précautions antiseptiques, pour éviter les conséquences fâcheuses résultant de la putréfaction du placenta.

Loviot fait une communication sur les **mutations de position par manœuvres externes pendant la grossesse**. Cette communication est basée sur un fait qui s'est produit à la clinique d'accouchement. Le voici brièvement résumé : La femme D..., âgée de 28 ans, couturière, secondipare, entre le 20 février 1880, à la clinique d'accouchement. Premières règles à 14 ans. Il y a 3 ans, accouchement à terme, enfant vivant mis au monde à l'aide du forceps. Dernières règles, fin mai 1887. On constate au moment de l'admission, que le fœtus est en position O. I. G. T. et que le bassin est asymétrique, type oblique ovalaire. *plus large à droite qu'à gauche.* Les mutations artificielles qui ont pour but d'amener l'occiput dans la partie large du bassin sont effectuées le 21 février et les jours suivants.

Le 27 février, à 4 heures de l'après-midi, la femme perd les eaux ; le 28 février, à 9 heures du matin, elle commence à ressentir de petites douleurs ; à 3 h. 1/2, le col est effacé, la dilatation est d'environ 3 centim., la tête tend à s'engager au détroit supérieur légèrement inclinée sur le pariétal postérieur, fléchi en O. I. D. A. Bruits du cœur fœtal normaux. A 5 heures 1/2, la tête plonge sur l'excavation et la fontanelle postérieure, occupe franchement le centre du bassin ; à 7 h. 1/2, arrive jusqu'au-dessus des épines sciatiques où elle est arrêtée jusqu'à 9 h. 1/2. Les épines sciatiques franchies, nouvel arrêt au niveau des branches ischio-pubiennes ; à 10 heures les bruits du cœur sont bons ; à 10 h. 1/4, ils sont sourds et ralentis ; à 10 heures 1/2, on ne les entend plus. Quelques minutes après, expulsion de l'enfant qui était mort. Délivrance normale. Suites de couches bonnes.

Poids du fœtus : 2880 grammes.

Dimensions : Long. totale 49 cent. ; du sommet à l'ombilic 27 centim. ; de l'ombilic aux talons 22 centim.

Diamètres de la tête, O. F. 11 centim. ; O. M. 12 1/2 ; B. P. 9 1/2 ; S. O. B. 8 1/2.

Résumons brièvement les considérations et la méthode exposée par M. Loviot.

Personne n'ignore qu'il se produit spontanément au cours de la grossesse, des mutations de position, ainsi une position gauche peut se transformer en position droite et *vice versâ*.

Cette transformation s'opère grâce à des mouvements que le fœtus exécute autour de son axe longitudinal. On peut espérer arriver un jour à réaliser, à l'aide de manœuvres externes ou de manœuvres externes et internes combinées, et par un mécanisme semblable, ces mutations opérées par la nature. Mais en attendant qu'on ait trouvé le procédé nécessaire, on peut par un artifice, et à l'aide de la *version* par manœuvres externes, dont l'utilisation est devenue aujourd'hui si commune, opérer ces mutations.

Comme dans le cas précédent, voici, d'après M. Loviot, comment les choses se passent :

« Étant donnée une position gauche transversale du sommet, si l'on déplace la tête de bas en haut et d'avant en arrière, le siège de haut en bas et d'arrière en avant, le grand axe fœtal accomplit, autour de son centre, un mouvement demi-circulaire.

Le dos n'a pas cessé un instant d'être à gauche et naturellement la position du sommet est changée en une position gauche du siège. Ceci fait, il ne reste plus qu'à transformer la gauche du siège en droite du sommet. Ce qu'on obtient en imprimant au fœtus un second mouvement demi-circulaire perpendiculaire au premier, c'est-à-dire en abaissant la tête par flexion dans la direction du détroit inférieur.

S'il s'agissait de transformer une position droite du sommet en position gauche, on changerait la droite du sommet en droite du siège et la droite du siège en gauche du sommet par une manœuvre analogue. »

La manœuvre trouve sa justification dans l'importance qu'il y a pour la facilité de l'accouchement à ce que l'occiput se trouve dans la partie large du bassin.

*Discussion* :

LABUSQUIÈRE. — Il est impossible de contester à M. Loviot les résultats qu'il a obtenus. Mais, comme il a été obligé de résumer beaucoup sa communication, je le prie de me dire si, les cinq fois qu'il a réussi sa manœuvre, il s'agissait de la même femme ou de sujets différents. Lui a-t-il paru facile de faire évoluer le fœtus autour de son axe antéro-postérieur, car, en réalité, si l'on se rapporte au mouvement qu'il a fait exécuter à la petite poupée dont il s'est servi pour sa démonstration, le diamètre longitudinal du fœtus a dû, à un moment donné, coïncider avec le diamètre antéro-postérieur de l'utérus. Cela implique peut-être un fœtus peu volumineux, ou beaucoup de liquide. Je le prie également de me dire à quelle époque de la grossesse il faut faire cette version, cette époque varie-t-elle selon que la femme est primipare ou multipare ?

M. LOVIOT. — Il s'agissait de la même femme. Sans doute, il n'est pas toujours également facile de faire évoluer le fœtus, cela dépend des cas. Pour ce qui est de l'époque de l'intervention, il faut évidemment intervenir plus tôt chez les primipares ; mais chez celles-ci même je n'hésite pas à la pratiquer dans les derniers jours de la grossesse.

M. OLIVIER. — Je ne comprends pas très bien le mécanisme suivant lequel se fait l'évolution du fœtus dans la première manœuvre de M. Loviot. Il nous dit que le fœtus tourne suivant son axe antéro-postérieur et que le dos est resté constamment à gauche. Il me paraît impossible dans les conditions normales qu'un fœtus puisse exécuter un mouvement de totalité suivant un axe transversal, dans une moitié de l'utérus et il faut cependant qu'il en soit ainsi pour que, la version par manœuvres externes exécutée, une S. I. G. succède à une O. I. G.

M. LOVIOT. — M. Olivier m'objecte que je ne puis pas faire évoluer le fœtus tout entier, dans une seule moitié de l'utérus. Accordé. Je veux seulement dire que le dos du fœtus reste orienté toujours à gauche ou à droite et regarde toujours la moitié gauche ou droite de l'utérus, qu'il décrit en un mot une demi-circonférence sur le milieu de son axe, point central.

M. PORAK. — M. Loviot a observé un cas où sa manœuvre a réussi, cela est insuffisant pour lui permettre de formuler une règle générale. M. Olivier croit l'évolutiou impossible ; cela n'est pas exact, car il y a des utérus flasques qui permettent des mou-

vements étendus. J'ai vu Chantreuil à la clinique d'accouchements faire des mutations de variétés de position. Il érigeait même ces mutations artificielles en principe et disait : « je transforme toutes les postérieures en antérieures ». Il ne réussissait pas toujours cependant. On conçoit que l'évolution telle que la décrit M. Loviot puisse se faire par une sorte de mouvement de spire.

M. Loviot. — Je reconnais avec M. Porak et je l'ai signalé, qu'on a fait quelques tentatives (Chantreuil, Poullet) pour transformer une variété de position en une autre variété (variété postérieure en variété antérieure). Mais je parle, moi, des mutations de position et non des mutations de variétés de position.

Il s'agit de la transformation d'une position gauche en une position droite ou réciproquement, et non de transformation d'une gauche ou d'une droite postérieure en une gauche ou une droite transversale ou antérieure.

M. Charpentier. — Je suis de la vieille école et je trouve qu'on abuse singulièrement de la version par manœuvres externes. On n'entend plus parler que de mobilisation de fœtus.

Je ne suis pas pour la voltige obstétricale. Je suis partisan de la version par manœuvres externes dans certains cas particuliers, et à la condition qu'elle n'offrira pas de difficultés; mais je ne crois pas qu'il soit indifférent de tourmenter un utérus par des manœuvres, inutiles le plus souvent. Je crois de mon devoir de réagir contre cette tendance.

M. Loviot. — Je ne suis pas pour la « voltige obstétricale », dit M. Charpentier. Moi je suis pour cette voltige, car elle nous est enseignée par la nature elle-même, et nous rend tous les jours les plus incontestables services.

En préconisant la réduction manuelle dans les applications de forceps pour les variétés postérieures du sommet et de la face ; en montrant qu'on peut rétropulser les fesses engagées dans l'excavation ; en faisant valoir l'importance du chloroforme, pour l'exécution des versions difficiles, je veux surtout établir que l'accoucheur est plus puissant qu'il ne le croit, et que c'est à tort qu'on a considéré jusqu'à présent comme fixes et définitives des situations fœtales qui sont parfaitement modifiables.

M. Charpentier revient sur cet argument qu'il ne faut faire la version que quand elle est facile. J'estime, au contraire, qu'on peut et qu'on doit faire les versions difficiles.

M. Verrier. — Je partage l'avis de M. Charpentier. La version par manœuvres externes n'est pas nouvelle. D'Outrepont, Mattéi la pratiquaient. Elle a disparu pendant de longues années. Paul Dubois n'en était pas partisan. Depuis quelques années on l'a remise en honneur ; mais je considère qu'on ne doit l'employer que tout à fait exceptionnellement.

M. Loviot. — Paul Dubois, dites-vous, n'était pas partisan de la version par manœuvres externes. Baudelocque non plus. Pour une raison bien simple : Ils ne connaissaient pas le palper, ou n'avaient à son sujet que des notions très incomplètes.

Quant à Mattéi, le père de la vraie version par manœuvres externes, c'est-à-dire de la version céphalique dans les présentations du siège, on m'a conté qu'il fut accueilli très froidement par Paul Dubois. Mattéi avait un grand tort : il n'était pas officiel.

M. Guéniot. — J'ai observé un cas de bassin vicié avec présentation du siège ; je voulus faire la version par manœuvres externes et je réussis, mais la difficulté fut de maintenir la tête en bas. Dans ce cas, en faisant mes manipulations, je remarquai qu'on ne transforme pas directement *à volonté* une S. I. D. P. en une O. I. G. A. Il existait ici une S. I. G. A., je devais donc avoir une O. I. D. P. ; or j'eus une O. I. D. A. Dans la version, il faut tenir compte des contacts des épaules avec l'angle sacro-vertébral, de l'influence du cordon, etc... Je ne crois donc pas qu'on puisse être certain de transformer une sacro-antérieure en une occipito-antérieure. Dans son cas, M. Loviot a été étonné du résultat qu'il obtint.

M. Loviot. — M. Guéniot me demande si je puis obtenir telle ou telle *variété* de position.

Mon ambition ne va pas si loin.

M. Guéniot a fait une version céphalique par manœuvres externes pour une présentation du siège ; il a transformé la gauche du siège en droite du sommet. Il a fait la seconde partie de ma manœuvre. Seulement il y a, dans mon cas, une première partie. C'est la transformation du sommet en siège, et en position du même nom. Ensuite vient la transformation du siège en sommet et en position de nom contraire.

(Dans le prochain numéro, nous compléterons le compte rendu de cette Séance.)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séances du 21 et du 28 décembre.*

DEMONS (Bordeaux) fait une communication sur les **épanchements pleurétiques compliquant les kystes de l'ovaire.** — L'auteur attire l'attention sur la production assez fréquente, 9/50, d'après ses observations personnelles, d'épanchements pleurétiques chez les personnes atteintes de kystes ovariques communs, bénins. Ces épanchements sont tantôt unilatéraux, tantôt bilatéraux, et parfois ils siègent du côté opposé à la tumeur. Le plus souvent ils coïncident avec des tumeurs volumineuses, en certain cas cependant, elles sont encore de petit volume. Il existe la plupart du temps des phénomènes dyspnéiques qui, étant données les faibles dimensions du kyste, ont pu suffire à faire soupçonner la présence d'un épanchement pleural. Le principal intérêt de cette notion, c'est qu'elle met en garde contre l'opinion, si généralement admise, que ces épanchements sont la conséquence d'une dyscrasie sanguine, ou d'une généralisation cancéreuse consécutive à une dégénérescence maligne de l'ovaire. Or, cette induction de la présence d'un épanchement pleural à la malignité de l'affection ovarique concomitante, avait comme conséquence l'abstention chirurgicale vis-à-vis de personnes qui, atteintes de kystes bénins, auraient pu être radicalement guéries par une opération. En ce qui concerne la pathogénie, l'auteur émet cette hypothèse : la tumeur abdominale trouble la circulation des vaisseaux lymphatiques de l'abdomen et cette perturbation se propage dans les vaisseaux lymphatiques de la plèvre au travers du diaphragme.

TERRIER a observé et signalé la production de ces épanchements pleurétiques, mais dans une proportion inférieure, peut-être parce que son attention n'a pas été dirigée sur ce point d'une façon spéciale. Ils ont pour lui la signification d'une généralisation cancéreuse, bien que, dans un cas, l'épanchement pleural ait coexisté avec un kyste bénin. D'ailleurs, même dans ce cas, la généralisation se fit et la malade mourut. L'épanchement pleural ne contre-indique nullement l'opération du kyste. Dans toutes les hypothèses, kyste bénin ou néoplasme de nature maligne, la malade ne peut que gagner à l'intervention. Si sa pleurésie n'est pas cancéreuse, celle-ci peut disparaître, la malade est alors très soulagée. Si la pleurésie est de nature cancéreuse, la malade n'a rien à per-

dre. Il a pour habitude de ponctionner toujours la plèvre avant l'opération, quand la respiration est trop gênée, et il s'est toujours loué de cette intervention.

Bouilly, par son expérience personnelle, est conduit à penser que ces épanchements pleurétiques représentent une complication rare. Il n'en a, en effet, observé que 2 fois sur 25 à 30 opérations. Il croit que les tumeurs bénignes peuvent, au même titre que les tumeurs malignes de l'abdomen, donner lieu à l'épanchement pleural; mais dans les deux cas la présence de ce liquide n'entraîne pas le même pronostic.

Championnière fait la remarque que ces épanchements pleuraux, plus justement nommés *hydropisies de la plèvre*, sont surtout fréquents dans les cas de tumeurs végétantes de l'abdomen se compliquant ou non d'ascite. Pour lui, le pronostic est toujours fâcheux. Quand on porte son attention du côté de l'excrétion urinaire, on constate que les quantités de l'urine et de l'urée excrétées sont de beaucoup diminuées.

Terrillon n'a rencontré, sur 120 cas, malgré le soin qu'il apporte dans l'examen des organes thoraciques, que 3 épanchements pleurétiques, il s'agit donc d'une complication rare. A son avis, il existe deux variétés d'épanchements : les uns, bénins, se résorbant facilement et accompagnant ordinairement les tumeurs bénignes; les autres, indices d'une lésion cancéreuse ou végétante des ovaires, et probablement dus à une généralisation du côté de la plèvre.

Verneuil. — Toutes les tumeurs intra-abdominales peuvent se compliquer d'épanchement pleural (kyste hydatique du foie, néoplasme de l'utérus...). En outre, Potain a déjà signalé la production de semblables épanchements à la suite de simples fluxions ou irritations ovariennes ou péri-ovariennes, lesquelles, sans l'intervention d'aucune autre cause et par une sorte de contre-coup, d'action réflexe, retentissent à distance sur la plèvre et le poumon, tantôt du même côté que l'ovaire malade, tantôt du côté opposé.

Terrier conteste la justesse de ce rapprochement entre les fluxions pleuro-pulmonaires sous la dépendance d'une irritation de l'ovaire et les épanchements pleurétiques qui compliquent les kystes de cet organe.

Terrillon fait une communication très intéressante sur une 3e **série de 35 ovariotomies**. Il ne rentre dans ce groupe aucune

opération d'extirpation de l'ovaire, pour inflammation de cet organe ou pour hémorrhagie rebelle reconnaissant pour cause un fibrome utérin (opération de Battey). Les tumeurs enlevées se répartissent de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Kystes multiloculaires | 21 |
| — pauci ou uniloculaires | 7 |
| — para-ovariens | 6 |
| Sarcome de l'ovaire | 1 |

Il y a eu en tout quatre morts, mais il faut remarquer que les femmes qui ont succombé, comme le témoigne la lecture des observations, étaient, déjà avant l'opération, dans des conditions extrêmement défavorables et qu'en outre, en raison de l'étendue et de la nature des adhérences, l'intervention a toujours été des plus laborieuses. Détail important, *pas une femme n'est morte de péritonite ou d'infection.*

En ce qui touche à la technique opératoire au sujet de laquelle Terrillon s'est déjà expliqué, nous ne relèverons que quelques points spéciaux :

1° Suppression absolue du spray, comme inutile, gênant et dangereux.

2° L'asepsie des instruments comporte deux précautions essentielles : *a*) il faut, immédiatement après chaque opération, les laver et les brosser à l'eau chaude, surtout au niveau de leurs anfractuosités, afin de les débarrasser de toutes les particules de sang qu'il serait plus tard, une fois desséchées, extrêmement difficile d'enlever complètement ; *b*) Il faut en outre, immédiatement avant chaque opération, soumettre les instruments à l'action de l'eau bouillante qui a pour effet de détruire sinon les spores, du moins tous les micro-organismes nuisibles.

3° Lavage du péritoine, qui a servi exclusivement aux cas dans lesquels du sang fourni par les adhérences ou des matières venues du kyste étaient tombées dans le bassin. Il est donc réservé pour les ovariotomies difficiles et compliquées.

4° Enfin, Terrillon se propose de substituer aux éponges ordinaires des carrés de tissu éponge qui, ayant l'avantage de pouvoir être soumis à l'ébullition, pourront être par ce moyen rendus facilement aseptiques avant l'opération.

*Discussion :* Trélat, Pozzi, Terrier, Kirmisson, Terrillon. —

Deux points ont été surtout discutés : 1) la substitution aux éponges ordinaires des carrés de tissu-éponge ou des compresses de gaze ourlée; 2) la question de l'action microbicide de l'eau bouillante. Trélat a défendu les tampons de ouate, emprisonnés dans un sac de gaze et trempant constamment dans une solution antiseptique jusqu'au moment de l'opération. Terrier et Championnière donnent la préférence aux éponges ordinaires, soigneusement désinfectées, parce qu'elles sont plus faciles à manier. Terrillon, Pozzi et Kirmisson énumèrent les avantages des compresses de gaze ourlée et des carrés de tissu-éponge.

En ce qui concerne le 2me point, Terrier, invoquant une déclaration faite par Pasteur, déclare qu'il ne saurait considérer l'eau bouillante comme un microbicide suffisant, parce que, si elle détruit les organismes adultes, elle ne tue pas les spores. Il faudrait pour avoir de l'eau parfaitement et sûrement aseptique, la faire bouillir d'abord, puis la maintenir à 40° pour faire germer les spores, enfin la porter de nouveau à l'ébullition pour tuer ces dernières. Pozzi et Terrillon répondent que tous les germes nuisibles pour l'homme sont tués par la température de 100° suffisamment prolongée. Cela, dit Terrillon, résulte de l'usage d'abord et ensuite de cette notion générale, que, disséminées dans l'organisme, les spores ne trouvent pas ultérieurement de conditions bonnes pour leur développement.

(Bullet. et mém. de la Soc. de chirurgie, n° 12, janvier 1888.)

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

*Séance du* 10 *février* 1888.

La Société nomme une commission composée de Gusserow, Lohlein, Martin, Odebrecht et Veit, pour rechercher les meilleurs moyens de donner suite aux considérations qui se dégagent du travail de Lohlein : **des soins à donner aux nouvelles accouchées et de la création d'établissements spécialement destinés aux nouvelles accouchées dénuées de ressources.**

Veit. **De l'opération césarienne.** — L'auteur approuve, dans la plupart de ses points, le travail de Zweifel sur le même sujet. Comme Zweifel, il a eu l'occasion de constater qu'après l'adossement séreuse contre séreuse, les surfaces adossées ne se réunissent pas.

Il décrit, d'après des recherches faites sur une pièce à la suite d'une énucléation sous-péritonéale, le mode de guérison de la plaie péritonéale sans retournement de la séreuse. La suture séro-séreuse n'est pas indispensable, et même, avec la résection d'une tranche musculaire, elle devient dangereuse. En ce qui touche à la technique opératoire, il conseille de ne laisser le lien élastique autour du col que le moins de temps possible pour se mettre au moyen de cette précaution à l'abri des hémorrhagies secondaires. Il tient l'exacte réunion de la musculeuse pour extrêmement importante. Dans le but de procéder plus vite, il a adopté la suture continue. Enfin, il donne le conseil de s'abstenir de tout traitement de la surface interne de l'utérus.

Parmi les 50 cas réunis par Crédé, il y a 14 cas de mort qui se rapportent à des femmes dont l'état, dès le début de l'opération, était déjà défavorable. Comme en général, la réalisation d'une antisepsie rigoureuse est extrêmement difficile, l'auteur donne le conseil de préférer toujours, pendant le travail, la craniotomie pratiquée sur l'enfant vivant à la section césarienne. On ne doit faire la section césarienne basée sur certaines indications que si déjà, pendant la grossesse, on s'est décidé à la pratiquer par la considération des données fournies par les accouchements antérieurs. Et si l'on est assuré d'obtenir une asepsie parfaite des voies génitales, de pouvoir par conséquent exécuter l'opération dans un champ opératoire favorable, il faut délibérément lui donner la préférence sur l'accouchement prématuré. L'auteur relate ensuite brièvement une opération césarienne, qu'il a conduite conformément aux principes énoncés plus haut, et qui s'est terminée par un double succès, c'est-à-dire par des suites heureuses pour la mère et pour l'enfant. Puis, il fait examiner les pièces qui montrent la réunion linéaire de la plaie abdominale et la non réunion des surfaces séreuses adossées au moyen de sutures.

Odebrecht croit que, dans l'existence d'une condition spéciale, tout au moins, l'adossement séreuse contre séreuse a son utilité. Ainsi, si, comme conséquence d'un processus de putréfaction développé dans la cavité utérine, le parenchyme de la matrice est atteint de phénomènes inflammatoires, en pareil cas la plaie musculaire ne peut pas se réunir ou, dans l'éventualité contraire, les parties réunies peuvent de nouveau se séparer. Au contraire, les séreuses étant adossées, tout phénomène inflammatoire servira à une réunion qui

exige pour se produire précisément l'intervention d'un processus phlegmasique. Il considère en outre, à l'exemple de Léopold, qu'il importe d'extraire aussi complètement que possible la caduque, afin de ne fournir aucun aliment à l'infection.

Duhrsen. — Le principe énoncé par Veit que la section césarienne, basée sur des indications relatives, ne doit être pratiquée que si les autres conditions sont favorables, c'est-à-dire si l'opérateur a assisté la parturiente dès le début du travail, est appliqué par Gusserow, depuis plusieurs années. S'il a pratiqué la section césarienne dans des cas où, le bassin étant rétréci, la tête, malgré un travail assez prolongé, ne s'était pas encore engagée, il a formellement rejeté cette opération toutes les fois qu'il a constaté des traces d'extraction ou de traumatisme. Veit veut qu'on s'abstienne d'enlever la muqueuse, cependant cette ablation devient désirable toutes les fois qu'on a le soupçon qu'une infection a pu se produire au cours du travail.

Certes, la rapidité de l'opération n'est pas à dédaigner, mais l'argument tiré des risques de l'hémorrhagie n'est pas concluant, car on peut s'en garer en pratiquant immédiatement après l'opération, le tamponnement de la cavité utérine, au moyen d'une longue bande de gaze iodoformée. Ce tampon a non seulement l'avantage de réagir contre les effets de l'atonie utérine, mais il établit en outre un drainage abondant et salutaire car il prévient toute rétention des lochies. Enfin, il peut aussi neutraliser les produits de putréfaction, et les germes pathogènes qui se seraient déjà introduits dans l'utérus.

Cohn. — Le mode de réunion des surfaces séreuses décrit par Veit n'est pas le mode normal. Il convient de se rappeler les études expérimentales, relatives à ce sujet, faites par Grasser. Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivants : Sans ouverture de la paroi abdominale, les feuillets péritonéaux ne se réunissent pas, si intime que soit le contact dans lequel on les a portés. Après la laparotomie, et adossement des séreuses au moyen de sutures, voici ce qui se produit :

1) Réunion immédiate des surfaces endothéliales.

2) Réunion de la couche sous-endothéliale après chute de l'endothélium.

3) Réunion avec un léger exsudat par prolifération de cellules fusiformes, etc.).

Des différents modes de réunion, le second est le plus fréquent; il correspond vraisemblablement au type normal.

Cette réunion des surfaces séreuses est favorisée par l'irritation due à l'exposition du péritoine, au contact des éponges, des substances antiseptiques.

Bien que Gasser ait tiré ses conclusions d'expériences faites sur des chiens, des chats, des lapins, il est fort rationnel, en raison de la similitude des tissus, d'en déduire ce qui se passe chez l'homme.

En ce qui concerne la réunion de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, Cohn a constaté, au moment de la sortie de l'hôpital de 4 femmes qui avaient subi l'opération césarienne, que l'utérus, revenu d'ailleurs normalement sur lui-même, était fort élevé et nettement adhérent à la paroi abdominale. Or, dans tous les cas les adhérences se sont rompues spontanément en sorte que, quelques mois après, l'utérus avait regagné sa situation normale et recouvré sa mobilité.

Veit. — Il n'a pas d'objection à élever contre le tamponnement avec la gaze iodoformée, néanmoins, il est formellement persuadé qu'il est préférable de se garer de l'hémorrhagie par la dextérité dans l'opération. En ce qui concerne la caduque, s'il conseille de ne pas l'enlever, c'est qu'elle ne constitue pas après l'opération césarienne des replis plus considérables qu'après un accouchement normal, et qu'en conséquence elle ne mérite pas d'être l'objet d'un traitement plus actif dans un cas que dans l'autre.

(Cent. f. Gynäk., n° 10, 1888.)

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

*Séance du 2 mai 1888.*

*Présentations* : Doran. — **Structure glandulaire dans la substance d'un cancer primitif de la trompe de Fallope.**

Galabin. — Préparation micrographique d'un cas de **grossesse tubaire arrivée à la quatrième ou cinquième semaine.**

Griffith. — 1) Coupe micrographique de la trompe d'une chienne, laissant apercevoir des glandes tubulaires. 2) Coupe micrographique faite sur une pièce provenant d'une grossesse interstitielle et montrant des follicules muqueux dans la paroi musculaire de la trompe de Fallope. Dr Dorrocks, un *utérus* qui a été enlevé pour

raison *d'inversion complète*. GODSON, *bout de sein*, imaginé par Auvard.

CULLINGWORTH. **Kyste relié à l'utérus et simulant une augmentation de volume de cet organe.** — La femme X... âgée de 23 ans, est admise à l'hôpital le 23 novembre 1838, pour une tumeur abdominale dont le début paraît remonter à 5 mois auparavant. Menstruation régulière; seulement, dans sa dernière grossesse, les règles se sont montrées jusqu'au septième mois. Fluctuation manifeste de la tumeur, qui remonte jusqu'à mi-distance environ de l'ombilic et de l'appendice ensiforme. Plus spécialement dans la région iliaque gauche, on perçoit un bruit doux, synchrone du pouls radial. L'utérus est dans une situation élevée et intimement uni à la tumeur; pas de doubles battements fœtaux. La femme quitte l'hôpital, où elle revient le 20 décembre, ayant ressenti à la suite d'une crise d'hémorrhagie profuse, de vives douleurs abdominales; le ventre qui était tendu devint flasque dès qu'apparut la douleur.

A sa rentrée à l'hôpital, elle est pâle et dans un état de collapsus. La température s'élève. Le 26 décembre, amélioration marquée. On reconnaît alors, dans la portion inférieure du ventre, une tumeur bien limitée, ferme, allongée. Ascite. Le 19 janvier, laparotomie. Issue de 3 à 4 litres de liquide.

L'utérus, ou plutôt ce qui paraît être l'utérus, correspond comme volume à une grossesse à 5 mois. Le cul-de-sac de Douglas est obstrué par des adhérences; l'ovaire droit, de la grosseur d'un œuf de poule, et la trompe correspondante sont recouverts par une lymphe d'exsudation récente. Ces organes sont extirpés, après ligature. Ovaire gauche normal. L'épiploon est énormément épaissi; on ne retrouve rien qui rappelle un kyste rompu. La malade succombe le 11me jour après l'opération, avec des symptômes de pneumonie catarrhale.

*Examen nécropsique.* — Utérus de volume normal. Ce qu'on a pris pour l'utérus, est un kyste, à parois épaisses, contenant un liquide opalescent, sirupeux, gélatiniforme et des débris de tissus rappelant du parchemin ramolli. La trompe gauche chemine sur un certain trajet dans la paroi du kyste mais sans communiquer sur aucun point avec sa cavité. Aucuns vestiges de fœtus. L'examen microscopique très minutieux d'un fragment de tissu pris dans la paroi du kyste, n'a rien décelé qui pût affermir

l'idée que le kyste provenait d'une dégénérescence placentaire. Une commission chargée d'émettre un avis sur la nature de la tumeur, n'a pu décider s'il s'agissait d'un kyste du ligament large gauche, qui se serait ensuite porté à droite en se prolongeant entre l'utérus et le rectum tout en contractant des adhérences avec les organes voisins, ou bien si l'on avait affaire au produit d'un processus inflammatoire à parois pseudo-kystiques.

*Discussion :* SUTTON, HORROCKS, CULLINGWORTH, A. DORAN, HEWITT.

SUTTON. **Des glandes des trompes de Fallope et de leur fonction.** — L'auteur s'est proposé de prouver que la trompe de Fallope a une structure glandulaire, et qu'elle a un autre rôle que celui de servir à la migration de l'ovule. Ce que l'on décrit sous forme de simples replis, est en réalité constitué par des diverticules glandulaires, dont la mission est de sécréter une substance analogue à l'albumine de l'œuf. L'embryon tire de cette substance des éléments nutritifs à l'aide des villosités chorialeс.

Remarques par A. Doran et Griffith.

SCOUGAL. **Hémiplégie survenant neuf jours après la parturition.** — Nécropsie partielle. X..., âgée de 37 ans, accouche le 21 août 1887, de son 7e enfant. Accouchement normal. Suites de couches absolument régulières jusqu'au 28 août; ce jour-là la femme se plaint d'engourdissement et de picotement dans le 1er, le 2e et le 3e doigts de la main gauche. Le 29 août, à 1 h. 30 du matin, la garde-malade constate, entre autres symptômes, que la bouche est légèrement déviée à droite. A 3 h. 30 de l'après-midi, l'état est le suivant : paralysie complète du bras gauche, parésie de la jambe gauche, strabisme légèrement divergent de l'œil droit, bouche légèrement déviée du côté droit. Intelligence et parole intactes; douleur siégeant au côté droit de la tête, peau moite. Le lendemain, il survient de l'assoupissement, consécutivement de l'agitation, et une augmentation de la céphalalgie. La lactation s'est supprimée. La paralysie se complète. Mort, le 1er septembre à 2 h. 15. *Nécropsie.* Le cerveau, seul, fut examiné. On constata un premier caillot dans une veine qui correspondait à l'artère méningée moyenne, et un deuxième qui, par son siège, correspondait à l'artère cérébrale moyenne. Ils étaient sûrement antérieurs à la mort.

L. NAPIER, dit que l'hémiplégie puerpérale est due à la thrombose, à l'embolie, ou à des phénomènes d'origine réflexe, et que la première de ces causes est de beaucoup la plus commune.

LEWERS. **Extirpation de l'utérus pour un carcinome primitif du corps.** — La pièce pathologique provient d'une femme, âgée de 58 ans, qui, depuis 10 mois, était sujette à des métrorrhagies abondantes, compliquées de douleurs s'irradiant dans les cuisses, et d'émaciation. Sur la face interne de l'utérus, enlevé par l'hystérectomie vaginale, on trouva une dégénérescence papillomateuse, qui était située à droite et qui était séparée de la muqueuse saine par une ligne de démarcation très nette. *Suites opératoires excellentes.* Pendant plusieurs mois l'état de santé resta excellent. Puis, la récidive se fit dans la portion supérieure du vagin, et la dégénérescence se propagea rapidement aux ganglions lombaires. *Mort*, seize mois après l'opération.

J. WILLIAMS. — Il félicite son collègue de n'avoir communiqué cette observation que quand il s'est trouvé en état de faire l'histoire complète de sa malade. L'extirpation totale du corps de l'utérus, ajoute-t-il, n'est pas justifiée parce que l'amputation supra-vaginale, qui est moins dangereuse, fournit des résultats aussi bons. La récidive, quand elle se produit, se fait non sur le moignon utérin, mais dans le tissu conjonctif péri-cervical. La rareté des matériaux ne permet pas, à l'heure actuelle, de se prononcer sur la valeur de l'extirpation totale dans les cas de cancer du corps. La mortalité est élevée, et la récidive dans la plupart des cas est si précoce qu'il est extrêmement douteux que l'on prolonge par l'opération l'existence des malades. Toutefois, il est indiscutable qu'on procure à celles qui se relèvent de l'opération un soulagement plus ou moins long de leurs souffrances. (Brit. med. Journ., mai 1888.)

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG

*Séance du* 8 *février* 1888.

*Présentations* : SIMPSON. — **Placenta pourvu de vaisseaux omphalo-mésentériques et de la vésicule ombilicale.**

FOULIS lit un travail sur les **causes de la présentation du sommet et de la première position.** — L'auteur fait jouer le rôle principal au fœtus lui-même. Ce sont les mouvements d'extension des membres inférieurs qui amènent la présentation du sommet. A ce moment entre en jeu une deuxième circonstance. Le gros lobe du foie presse à droite, sur l'utérus. Or, quand le fœtus s'est d'abord placé

en présentation du sommet, il prend point d'appui sur la portion du fond de l'utérus, supportée à droite par le foie, et, dans ces conditions, les mouvements d'extension tendent à le faire glisser naturellement vers le côté gauche de la mère, d'où la plus grande fréquence de la 1re position. Quant à l'utérus, essentiellement malléable, il s'adapte secondairement au fœtus quelle que soit la position qu'il ait prise. L'auteur montre ensuite un certain nombre de dessins annexés à son travail.

Simpson. — Il aurait préféré que son collègue eût mis à profit les sections pratiquées sur des cadavres après congélation. Par ce moyen, il eût mieux mis en évidence les rapports du foie et de l'utérus. Quant aux dessins, il sont défectueux, ce sont de simples diagrammes, exclusivement théoriques. L'expérimentation a fait voir que si l'on plonge dans une solution saline un enfant né en présentation du sommet, la tête gagne le fond, tandis que c'est le siège si on opère avec un fœtus venu par l'extrémité pelvienne. Foulis a raison de dire que l'utérus se moule facilement; cependant, ce n'est pas un sac membraneux, plus il possède de tonicité et plus il affecte la forme ovoïde. En réalité, le fœtus adopte la position qui lui est le plus commode. *Pourquoi la tête occupe-t-elle le niveau le plus bas?* Son collègue approche très près de la vérité en invoquant l'action des membres inférieurs. Toutefois, les membres supérieurs prennent quelque part à cette accommodation du fœtus. Dans les présentations pelviennes, les pieds en buttant contre le détroit supérieur déterminent des mutations de présentations.

Hart, critique également les dessins présentés par Foulis. Pour lui, il pense que c'est l'utérus qui presse sur le foie, et non le foie sur l'utérus. Il n'est pas encore parfaitement édifié sur les causes des présentations, mais il se range à la théorie de la pesanteur tout en accordant quelque influence à la pression abdominale.

Martin, juge la théorie de la *détermination des présentations par les mouvements des membres fœtaux* absolument insoutenable. L'utérus commande aux présentations du fœtus comme il dirige et accomplit son expulsion. Sans doute, la pesanteur n'est pas sans exercer quelque influence sur la production des présentations, mais la cause essentielle, primordiale, c'est la vitalité même de l'utérus. (Edind. med. J., mai 1888).

Dr R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

*Séance du 6 mai 1888.*

PRÉSIDENCE DE HANKS

**Dilatation du col, péritonite septique. Mort.**

LEE présente les pièces d'un cas de polype utérin, dans lequel la péritonite a été causée par la dilatation, faite d'abord avec la laminaire, et achevée extemporanément.

Lee conclut qu'une malade anémique ne peut pas supporter le choc de la dilatation rapide.

Le second cas est un cas de trachélorrhaphie.

MUNDÉ dit qu'il préférerait enlever l'utérus entier, plutôt qu'un fibrome situé au fond de l'utérus, vu la difficulté de la dilatation et de l'énucléation. Il préfère à la dilatation lente l'incision du col que l'on suture aussitôt la tumeur enlevée.

CLEVELAND cite un cas analogue à celui de Lee.

CHAMBERS a vu la mort suivre la trachélorrhaphie.

VAN RAMDOHR croit que la question est dans l'asepsie, et non dans le traumatisme. Si la septicémie paraît, il faut enlever les fils et faire des lavages au sublimé.

JANVRIN. **Amputation hâtive du sein dans le cancer.** — Trois cas, dans lesquels les opérées souffraient depuis fort peu de temps. Le sein fut enlevé en entier, il n'y a pas eu de rechutes; l'une d'elles mourut au bout de 5 ans et 8 mois, d'une pneumonie aiguë.

MC LEAN fait observer que les micrographes peuvent se tromper sur la nature d'une pièce.

CHAMBERS est partisan de l'ablation, même dans les cas douteux.

GUNNING, sans se prononcer positivement en faveur de l'amputation hâtive, cite des cas où l'opération n'a pas été suivie de récidive.

LEE est affirmatif dans le sens de l'opération hâtive.

CLEVELAND, de même.

LEWIS. — Les chances de la malade sont en raison inverse du temps au bout duquel on l'opère.

JANVRIN. — Si la tumeur est simplement le résultat d'une contusion, elle disparaîtra bientôt, grâce à un traitement approprié.

---

*Séance du 20 mars 1888.*

PRÉSIDENCE DE HANKS

**Abcès ovarien**, par BOLDT. — L'abcès creva spontanément. Boldt proposa la laparotomie ; elle fut refusée, et il se retira. La malade mourut au bout de 24 heures.

BOLDT présente une **tumeur fibro-kystique.**

NILSEN présente un **kyste calcifié.**

DUDLEY : **Enlèvement des annexes de l'utérus. Mort due à l'éther** (?) — L'opération ne dura que 40 minutes. Dudley, appelé à 6 heures du soir, se rendit aussitôt auprès de l'opérée : elle était morte. Le cœur était arrêté en diastole, les deux cavités étaient remplies de caillots pâles.

NILSEN préfère en général le chloroforme à l'éther.

JANVRIN et GRANDIN croient que la mort de l'opérée ne peut être attribuée à une négligence de Dudley.

**Impressions maternelles**, par FREEMAN. — La mère portait un bracelet auquel était suspendu une sorte de médaillon « *bangle* ». L'enfant vint au monde, portant à l'annulaire des deux mains un doigt rudimentaire d'une forme analogue à celle du *bangle*.

KLETZSCH : **Deux cas de grossesse extra-utérine.** — Dans le premier cas, la malade succomba, quatre jours après la laparotomie et l'enlèvement du sac.

La seconde malade a été opérée, en juin 1884, par G. Thomas, pour une grossesse ectopique. Thomas a laissé le placenta, qui s'élimina par un drain.

Le 29 octobre, Coe et Kletzsch furent d'accord pour diagnostiquer une grossesse extra-utérine. Sur le conseil de Hunter on fit des applications du courant faradique.

En novembre, la malade eut le pouls à 140; la température monta jusqu'à 38°,05.

En décembre elle atteignit 38°,33.

Le 3 mars dernier, l'utérus était encore gros.

Une bande d'adhésion le fixe à droite.

*Discussion :* Mᵉ LEAN, DUDLEY, JANVRIN, MURRAY.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

*Séance du* 3 *janvier* 1888.

HIRST fait quelques remarques sur la construction des maternités.

PRICE présente plusieurs petites tumeurs groupées ensemble.

**Rupture du sac d'une grossesse ectopique.** — Hémorrhagie abondante, péritonite généralisée, adhérences multiples, laparotomie faites dans de mauvaises conditions; mort le lendemain.

**Hydro-salpinx double.** — Guérison.

**Kyste du ligament large, hydro-salpinx. Kyste sous-péritonéal. Kyste ovarique.** — Guérison.

**Fibrome utérin pyosalpinx double**, opéré par M. PRICE.

**Tumeurs dermoïdes. Kystes ovariques et dermoïdes.**

**Abcès ovarique gauche.** — Le drain fut enlevé le cinquième jour Guérison.

J. PRICE dit qu'il faut enlever le drain, — le drain de Price est un tube en verre — aussitôt que le liquide produit n'est plus sanguinolent ni abondant.

KELLY, de même.

B. F. BAER n'a jamais vu un abcès ovarique pourvu d'une membrane pyogénique.

HIRST présente le **cœur d'un nouveau-né qui a un large trou de Botal**. La cyanose a rarement pour cause la persistance du trou ovale; elle est due plutôt à l'atélectasie.

M. PRICE. **Rein enlevé à la suite d'une plaie par arme à feu.** — L'opérée est bien.

WILSON dit que parfois le rein qui reste ne suffit pas à ses fonctions et que le malade succombe.

KELLY croit que M. Price aurait pu ne pas enlever le rein blessé.

J. PRICE croit l'opération justifiée par la grande quantité de sang artériel qui sortait avec l'urine.

BAER. **Hémorrhagie traumatique dans un kyste ovarique, péritonite, opération, guérison.** — L'accident a été causé par un violent effort en décembre. La température monta le second jour, à 40°; la laparotomie ne fut faite que le 15 mars 1887.

BAER présente aussi, un **prétendu abcès ovarien, petit kyste ovarique suppuré** qu'il a enlevé chez une fille de 17 ans.

Opération le 24 novembre. Quatre heures après la température atteignit 38°,3. L'opérée put retourner chez elle le 17e jour.

J, PRICE remarque que les vierges peuvent présenter des maladies tubaires, causées par l'absence de propreté des mains et des instruments du médecin.

HIRST dit qu'on observe parfois la **fièvre émotionnelle** après la laparotomie. Il a vu la température monter soudain à 37°78, parce qu'il venait de dire à l'infirmière qu'il enlèverait les sutures le lendemain, et atteindre 40° à la suite d'une crise de pleurs.

(Résumé, d'après l'*Am. Journ. of Obst.*, 1888, p. 498 à 545, par A. CORDES.)

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## DES PRINCIPAUX TRAVAUX AFFÉRENTS A LA GYNÉCOLOGIE, A L'OBSTÉTRIQUE ET AUX NOUVEAU-NÉS (1)

**Fœtus. Monstruosités fœtales.** — Monstruosités des membres supérieurs (Phocomélie). VARIOT. *Gaz. méd. de Paris*, 1888, p. 18.

**Accouchement compliqué.** — Cas de rupture spontanée du cordon ombilical pendant l'accouchement. FABRE. *Gazett. m. de Paris*, 1888, p. 55. — De la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule. Nécessité du diagnostic précoce de la présentation. VARNIER. *Revue prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'enfance*, janvier 1888, p. 1; février, p. 43; mars, p. 73. — Procidence du bras et du cordon ombilical chez une femme enceinte et bien conformée (Procidenza del braccio e del funicolo ombellicale in donna gravida e bene conformata). SANI. *Ann. di Obst. e Ginecologia*, mars 1888, p. 127. — Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail, section césarienne, complétée par l'amputation utéro-ovarique. Guérison (Ruptura spontanea dell' utero in travaglio di parto, Taglio Cesareo, completato con l'amputazione utero-ovarica e seguito da guarigione). FONTANA. *Ann. di Obst. e Ginecologia*, mars 1888, p. 97.

**Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.** — Contribution à la question de l'influence du traumatisme sur la grossesse. JEANNEL. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, 1888, p. 70 et 97. — Eclampsie (Eclampsia). E. ROBBINS. *The Am. Lancet.*, janvier 1888, p. 1. — Diagnostic et

(1) Index complémentaire du 1er trimestre.

traitement des hémorrhagies génitales pendant la grossesse et l'accouchement. VARNIER. *Revue prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'enfance*, mars 1888, p. 65.

**Thérapeutique et antisepsie.** — A propos du seigle ergoté. *Journ. d'accouch.* et *Revue de méd. et de ch. pratiques.* 1888, p. 13. — De l'emploi par les accoucheuses du sublimé corrosif dans les accouchements. Prof. CHARLES. *Journ. d'accouch.* et *Revue de méd. et de ch. pratiques*, 1888, p. 37 et 49, etc. — Des injections intra-utérines sublimées chaudes dans les retards et les accidents de la délivrance. E. VINCENT. *Lyon méd.*, 1888, p. 492. — Des injections intra-utérines d'eau chaude au sublimé avant la délivrance. DE RANSE. *Gaz. m. de Paris*, 1888, p. 153. — Du sublimé dans les accouchements. CHARLES (Liège). *Journ. d'accouch.* et *Revue de méd. et de ch. pratiques*, 1888, p. 1,

**Statistiques des Maternités.** — Actes de la clinique de gynécologie et d'obstétrique de Florence, durant l'année 1887. (Movimento clinico del R. instituto obstetrico-ginecologico di Firenze, durante l'anno 1887.) *Ann. di Obst. e Ginecologia*, 1888, février, p. 80. — Maternité de Liège. *Journ. d'accouch.* et *Revue de méd. et de ch. pratiques*, 1888, p. 25.

**Gynécologie. Paroi abdominale.** — Considérations relatives à la hernie abdominale consécutive à la laparotomie, à l'occasion de 11 laparatomies (Alcune considerazioni intorno all'ernia abdominale consecutiva a laparotomia a proposito di undici laparotomie). E. FASOLA. *Ann. di Obst. e Ginecologia*, 1888, p. 1 et seq.

**Dystocie.** — Bassin rachitique. — Interruption de la grossesse au commencement du neuvième mois. — Présentation du front. — Crânioclasie. — Suites de couches physiologiques (Stenosi pelvica per rachitismo. — Interruzone della gravidanza al principio del nono mese. — Cranioclastia. — Puerperio fisiologico). A. SANI. *Ann. di Obst. e Ginecologia*, mars 1888, p. 122. — Bassins coxalgiques. SABATIER. *Lyon méd.*, 1888, p. 136. — Hémorrhagie très grave par insertion vicieuse du placenta (Emorragia gravissima per placenta previa). A. M. *Ann. di Obst. e Ginecologia*, 1888, p. 29.

**Opérations obstétricales.** — Manœuvres infructueuses de version ayant amené une hémorrhagie mortelle. BARBIER. *Lyon méd.*, 1888, p. 382. — Opération césarienne (Operazione cesarea). A. M. *Ann. di Obst. e Ginecologia.*, 1888, p. 32. — Ovariotomie pendant la grossesse. MONOD. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, 1888, p. 121.

**Nouveau-né.** — Alimentation des enfants nés avant terme et des nouveau-nés débiles. L'allaitement par le nez et par le gavage. LEGENDRE. *Rev. prat d'Obst. et d'Hyg. de l'enfance*, janvier 1888, p. 21. — Allaitement des nouveau-nés. TRIAIRE. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1888, p. 120. — L'hypothermie des enfants prématurés ou débiles et les moyens de la combattre. Legendre. *Rev. prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'enfance*, février 1888, p. 17. — Mort d'un nouveau-né par chute probable au moment de l'accouchement. P. FABRE. *Gazette m. de Paris*, 1888, p. 55. — Quelques considérations pratiques au sujet de l'allaitement AUVARD. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1888, p. 99. — Traitement des nouveau-nés en état de mort apparente. P. LEGENDRE. *Rev. prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'enfance*, mars 1888, p. 81.

**Troubles divers d'origine génitale.** — Epanchements pleurétiques compliquant les Kystes de l'ovaire. A. DEMONS. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie.*, janvier 1888, p. 771 et 794. — Ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans un cas de cancer de l'utérus. A. PETIT. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1888, p. 37. — Vomissement et météorisme sans relations avec la septicémie et consécutifs à la castration (Il vomito ed il meteorismo non dipendenti da setticemia e consecutivi alla castrazione). CHIARA. *Ann. di Obst. e Ginecologia.*, 1888, février, p. 49.

**Annexes de l'utérus.** — Salpingites suppurées. CHAMPIONNIÈRE. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, mars 1888, p. 65. — Tumeurs ovariques. (Ovarian tumours). DARLING. *The Am. Lancet*, janvier 1888, p. 10.

**Organes urinaires.** — Du traitement du rein mobile (Zur Behandlung der Wanderniere). P. NIEHAUS. *Cent. f. Chirurg.*, 1888, n° 12.

**Thérapeutique et opérations gynécologiques.** — De l'intervention intra-utérine dans les métrites, paramétrites et déviations utérines. POULLET. *Lyon méd.*, 1888, nos 8 et 10.—Hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus. A. B. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1887, p. 177. — Fistule vésico-vaginale opérée selon la méthode américaine, et fistule vésico-uréthro-vaginale opérée par autoplastie. HOUZEL. *Gaz. méd. de Paris.* 1888, p. 13. — Troisième série de 35 ovariotomies. TERRILLON. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 776 et 795.

---

*Le gérant :* G. STEINHEIL.

# TABLE ALPHABÉTIQUE

## DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXIX

**Janvier à Juin 1888**

---

### A


Abcès multiples chez les nourrissons, 81.

Accouchement chez des mortes, 78.

Accouchement compliqué par rigidité cicatricielle du col, 2.

Accouchement lent, 196.

Accouchement prématuré dans les maladies internes, 66.

Accouchement prématuré, provoqué par les moyens d'induction, 77.

Aiguille à colporrhaphie, 215.

Aiguille à suture, 146.

Alcoolisme (De l'— en gynécologie et en obstétrique), 397.

Aménorrhée (De l'— dans le diabète sucré et insipide), 235.

Anémie chronique chez les nouvelles mariées, 217.

Annexes de l'utérus (Extirpation des annexes de l'—), 205, 207, 295, 384, 468.

Antiseptie en obstétrique, 61.

Appareils de calorification pour les enfants avant terme, 226.

Avortement (Cas d'—), 369.

Avortement (Pathologie et traitement de l'—), 142, 236.

Axi-pelvimètre.


### B


Bassin (Anatomie du — au point de vue de l'accouchement), 224.

Bassin ostéomalacique, 141.

Bassin plat (Traitement du —), 68.

Bassin spondylolisthésique, 56.

Bassin scolio-cyphotique (accouchement dans un —), 297.

Bout de sein, 137, 189.


### C


Castration (De la — dans l'épilepsie et les névroses), 64, 389.

Cause de mort, après la laparotomie, 211.

Chorée pendant la grossesse, 387.

Chorion (Fibro-myxome du chorion), 214.

Col (Atrésies du — et anaplastie), 61.

Col (Cancer du —), 149, 213, 367, 373, 374, 380.

Col (Dilatation du —), 467.

Cordon (Accouchements compliqués par brièveté du —), 300.

Craniotomie (Cas de —), 382.

Craniotomie et opération césarienne, 310.

Curettage dans le cas d'hémorrhagies par fibroïdes utérins, 227.

Cystite suppurée exfoliatrice, 381, 383.


### D


Délivrance (Physiologie et traitement de la —), 58.

Détermination du sexe (Les rétrécissements du bassin influent-ils sur la —), 237.

Drainage capillaire et tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée, 255.

Dysménorrhée membraneuse, 377.

Dystocie causée par des tumeurs de l'avant-bras, 396.

E

Électrolyse et dilatation rapide dans la stérilité et la dysménorrhée, 148.
Endométrite (De la cautérisation et du curage dans l' —), 401.
Endométrite (Pathologie et traitement de l' — non puerpérale), 440.
Ergot d'avoine (de l'— en obstétrique), 139.
Exanthèmes scarlatiniformes pendant les suites de couches, 299.
Extraction de la tête dernière, 307.

F

Fibrome de la cloison uréthrale, 72.
Fibro-myome extra-utérin, 136.
Fièvre palustre et puerpéralité, 306.
Fistules vésico-vaginales (Traitement des —), 59, 408.
Fœtus amorphe, 56.
Fœtus mort (Rétention du —), 147.
Fœtus papyraceus, 73.
Forceps de Lazarewitch, 220.

G

Galvanisme et gr. extra-utérine, 306.
Gelsémine (De la — en obstétrique), 146.
Grossesse extra-utérine, 53, 54, 57, 73, 233, 234, 294, 296, 305, 306, 369, 448, 468.

H

Hématome du sterno-cléido-mastoïdien, 385.
Hernies multiples congénitales chez un nouveau-né, 145.
Hydrargyrisme dans les suites de couches, 55.
Hystérectomie abdominale, 300, 340, 368.
Hystérectomie supra-vaginale (D'un point de technique de l' —), 65.
Hystérectomie sus-vaginale irrégulière, 516.
Hystérectomie vaginale, 138, 140, 148, 215, 367, 388.
Hystéro-épilepsie et extirpation des annexes, 384, 389.

I

Index bibliographique, 313, 470.
Intervention extra-utérine dans les métrites et déviations utérines, 294, 370.
Involution de l'utérus (Action de l'ergot sur l' —), 175, 214.

K

Kystes hydatiques multiples compliquant l'accouchement, 241.
Kystes intra-ligamenteux, 308, 385.
Kystes para-ovariens (Des —), 117, 138, 371.

L

Ligament large (Myôme primitif du —), 221.
Ligament large (Phlegmen du —), 142.

M

Manœuvre de Ribemont-Dessaignes, 161.
Manœuvre de Ribemont-Dessaignes (Un cas d'extraction par la —), 200.
Manœuvre Moriceau-Levret (De la —), 224.
Maternité de Paris (Origine de la —), 433.
Menstruation persistante après la castration, 71.
Métrite (de l'hypertrophie des glandes de l'utérus dans la —), 136.
Modifications du sang pendant la grossesse, 222.
Mole hydatiforme, 369.
Mort subite (Cas de — après l'avortement —), 206.
Mutations de positions par manœuvres externes, 451.

N

Nourrissons (Des abcès multiples chez les —), 81.
Nouveau-né (Anomalies chez un —), 205.
Nouveau-nés (Asphyxie des —), 385, 387.

Nouveau-nés (De l'œdème des —), 106.
Nouveau-nés (Traitement de l'asphyxie des —), 78.
Nouvelles accouchées (Des soins à donner aux —), 374.

O

Opération césarienne (De l' —), 459.
Ophtalmie purulente des nouveau-nés, 68, 156.
Opérations obstétricales (Des — pratiquées sous un courant d'eau —), 169.
Ovaire (Kyste hématique de l' —), 206.
Ovaire (Kyste de l'ovaire et accouchement —), 70.
Ovaire (Kyste de l' —), 74.
Ovaire (Fibro-sarcome de l' —), 74, 136.
Ovaire (D'une dégénérescence non décrite de l' —), 231.
Ovaire (Cancer de l' —), 374.
Ovaire (Abcès des —), 140, 153, 155.
Ovaire (Épanchements pleurétiques compliquant les kystes de l'—), 456.
Ovaire (Tumeur de l' — à apparitions intermittentes —), 210.
Ovaire (Prolapsus de l' —), 389.
Ovaire (Tumeur fibreuse de l' —) 27.
Ovaire (Torsion du pédicule d'une t. de l' —), 294, 447.
Ovariotomie, 291.
Ovariotomie pendant la grossesse, 73.
Ovariotomies (3me série de 35 —), 457.
Œdème des nouveau-nés, 106.

P

PAJOT (Dernière leçon du prof. —)
Paroi abdominale (Névromes multiples de la — après une laparotomie), 73.
Paroi abdominale (Paralysie des mus- de la —), 153.
Péritonite septique, 383.
Pinard, 161, 241.
Placenta (Anomalies du —), 56, 72, 205, 291.
Placenta (du —), 67.
Placenta (Hémorrhagies du —), 136.
Placentas multiples dans les grossesses simples, 12.
Placenta prævia, 149.
Placenta prævia (Traitement du —), 69, 226.
Placenta (Rétention du —), 145.
Placenta (Rétention du placenta et hystérectomie), 66.
Position occipito-postérieure (Un cas de —), 147.
Polymastite (de la —), 69.
Prolapsus des organes génitaux de la femme, 321.
Présentations du siège (3 cas de — avec déchirure du périnée), 220.
Présentation de l'épaule (Nécessité du diagnostic précoce de la —), 157.
Présentations du sommet (Causes des —), 465.

R

Rectocèle et cystocèle (Cure radicale de la —), 147.
Réduction manuelle des positions occipito-postérieure, 373.
Réflexes observés après les opérations utéro-ovariennes, 392.
Règles (Rétention des — par vice de conformation de l'utérus), 151.
Rétrécissement mitral compliquant le travail, 212.

S

Salpingectomies, 57, 209.
Salpingite, 74, 136, 138, 153, 154, 155, 205, 307.
Scarlatine (De la — pendant la grossesse et l'état puerpéral), 143, 296, 375.
Signe indiquant pendant le travail la présence de circulaires autour du cou du fœtus, 360.
Spéculum, 380.
Spéculum à valves amovibles, 160.

T

Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin, 97.

Transmission intra-placentaire des microbes pathogènes de la mère au fœtus, 284.

Trompe de Fallope (Des glandes de la —), 463, 464.

Trompe de Fallope (De l'extirpation des kystes de la —), 62, 63.

Trompe de Fallope (maladies de la —), 62.

Trompe de Fallope (Sténose et distension de la — comme causes d'hémorrhagie intra-péritonéale), 299, 389.

U

Uretères (Cathétérisme des —), 307.

Utéro-sédatif et utéro-moteur, 265.

Utérus (Adénome de l' —), 374.

Utérus (de la position de l' —), 67, 368.

Utérus (De l'endométrite du corps de l' —), 68.

Utérus (de l'inversion de l' —), 61.

Utérus (Déviations de l' — et opérations abdominales), 58.

Utérus (D'un état anormal de l' — pendant les premiers mois de la grossesse), 389.

Utérus en rétroverson (Diagnostic et décollement des adhérences de l'—), 223.

Utérus (Fibromes de l' —), 213, 215, 220, 300, 301, 307, 372.

Utérus (Fibrome de l' — compliquant l'accouchement), 291.

Utérus (Filbromyxome de la muqueuse interne de l' —), 145.

Utérus (Guérison définitive du cancer du col de l' —), 69.

Utérus (Malformations de l' —), 139.

Utérus (Myome kystique de l' —), 295, 373.

Utérus (Prolapsus complet de l' — chez une vierge), 146.

Utérus (Rapports de la muqueuse de l' — avec les maladies de l' —), 63.

Utérus (Récidive d'un cancer de l'—), 209.

Utérus (Rupture de l' —), 380, 395.

Utérus (Sarcome de l' —), 215, 220, 388.

Utérus (Traitement des fibromes de l' —), 416.

Utérus (Traitement électrique des tum. fibreuses de l' —), 228.

Utérus (Traitement mécanique des déviations de l' —), 60.

V

Vagin (Absence congénitale du — et interventions chirurgicales), 66.

Vagin (Occlusion complète du — et parturition), 237.

Vagin (Rupture du — pendant le travail), 71.

VARNIER, 284.

Version combinée (Méthode de B. Hicks), 75.

Version par manœuvres externes dans les présentations pelviennes, 52.

Vessie (Papillome de la —), 58.

Vestibule (Fibrome du —), 389.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXIX

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

# ANNALES

DE

# GYNÉCOLOGIE

---

TOME XXX

## CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

| | | |
|---|---|---|
| Pour Paris ..... | 18 | francs. |
| Pour les départements..... | 20 | — |
| Pour l'Europe..... | 22 | — |
| Pour les États-Unis d'Amérique..... | 23 | — |
| Pour les autres parties du monde... | 25 | — |

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr PINARD, 11, rue Roquépine, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

# ANNALES

DE

# GYNÉCOLOGIE

## ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

**PAJOT ET TILLAUX**

Rédacteurs en chef :

**A. PINARD ET A. LEBLOND**

**TOME XXX**

*Contenant des travaux de MM.*

BAUDIER, CHAMPETIER DE RIBES, DELASSUS, GALLARD, HOUZEL, LEPAGE, MARTA, MISRACHI, POZZI, SÉJOURNET, TRÉLAT, TURGARD, VARNIER, WALLICH.

**1888**

**(2e SEMESTRE)**

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1888

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

AMPHITHÉATRE DE GYNÉCOLOGIE DE L'HOTEL-DIEU

## LEÇONS DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Professées par GALLARD, recueillies par **L. Secheyron**, interne du service.

### I. — AVANT-PROPOS

Gallard venait d'inaugurer le bel amphithéâtre de gynécologie de l'Hôtel-Dieu, qu'il avait fondé lorsque la mort est venu l'enlever à la science, à l'affection de ses élèves. Nous remplissons un pieux devoir envers sa mémoire en publiant ses dernières leçons. Ces leçons professées en janvier 1886 sont restées gravées comme au premier jour dans l'esprit de ses nombreux auditeurs. La verve entraînante, la chaleur communicative, le charme de la diction étaient des qualités dominantes de l'enseignement du maître. Ces qualités ren-

dent bien difficile la tâche de celui qui prend à cœur de publier ses leçons. Gallard était médecin, et bien qu'acceptant avec discernement les progrès de la gynécologie opératoire, il protestait contre les abus, les envahissements d'une chirurgie trop ardente. Bien souvent, dans des leçons pratiques, il aimait à montrer à ses élèves l'efficacité d'une thérapeutique prudente et sage, à l'abri de tout danger. Dans ces leçons, le lecteur trouvera comme un dernier écho de la gynécologie purement médicale, considérée par certains gynécologistes actuels comme trop réservée, mais dont les sages principes resteront cependant comme lois de toute gynécologie. (L. S.)

---

# DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

## SÉMÉIOLOGIE

Les métrorrhagies, en dehors de la grossesse, de l'état puerpéral, reconnaissent un grand nombre de causes. Les inflammations de la muqueuse, des organes annexes de l'utérus, du tissu cellulaire péri-utérin, sont le plus souvent à incriminer. La présence d'un fibrome utérin, les déplacements de l'utérus sont encore souvent l'origine des métrorrhagies. Avant tout traitement, le médecin doit discerner la cause du mal, pouvoir comparer entre eux les symptômes qui accompagnent la métrorrhagie, la vulgaire perte de sang.

Comme point de comparaison dans cette étude de séméiologie, je prendrai plusieurs observations recueillies dans la salle Ste-Marie. J'insisterai surtout sur deux de nos malades affectées de métrorrhagies d'origine et de nature complètement opposées. Chez l'une, l'affection est survenue à la suite d'une fausse couche ; chez l'autre, vierge, cette cause ne peut-être invoquée.

L'observation de la première malade, couchée au n° 2, salle Ste-Marie, est assez particulière. Cette femme d'une constitution robuste en apparence, âgée de 23 ans, a eu trois grossesses : la première à 22 ans. La dernière, il y a quelques mois, à peine, a été suspendue par un avortement à 4 mois 1/2.

La première s'est également mal terminée par un accouchement prématuré à huit mois environ. L'accouchement laborieux a nécessité l'emploi du forceps. Les suites ont été fâcheuses.

Une péritonite est venue probablement compliquer les couches. La malade est restée au lit quatre mois ; grâce à un traitement approprié, elle a pu dans la suite reprendre ses occupations.

Une grossesse nouvelle s'est bientôt déclarée ; malgré les craintes que l'on pouvait éprouver sur sa marche normale, celle-ci a pu être menée à bon terme ; et, notre malade devint mère après un heureux accouchement.

Quatre mois après ce second accouchement, survinrent des métrorrhagies qui obligèrent la malade à garder le repos au lit. La menstruation devint irrégulière et très abondante. Les époques menstruelles par leur durée croissant sans cesse, rendirent l'écoulement menstruel continu pour ainsi dire : la malade restant à peine quelques jours sans perdre du sang.

Depuis sa troisième grossesse, la malade éprouva des douleurs abdominales avec sensation d'expulsion comparable à celles qu'elle a éprouvées dans la parturition. Elle entra à l'hôpital souffrant encore de douleurs analogues et atteinte de métrorrhagies.

Je ne peux manquer de vous signaler chez notre malade des accidents hystériformes qui se seraient développés à la suite de son second accouchement. Je n'insiste pas sur les rapports de l'hystérie avec la grossesse ; mais, dans ce cas notamment, je ne crois pas qu'il soit possible de metttre un trait d'union entre ces deux états.

Actuellement, le ventre est tendu, ballonné, tympanisé. Il existe de la constipation ; le rectum est plein de matières fécales.

Le tympanisme ne dépend pas d'accidents d'obstruction intestinale. Les évacuants ont levé plusieurs fois l'obstacle ; le tympanisme leur a résisté ; ce symptôme est purement de nature nerveuse.

Le col utérin est porté en arrière, un peu gros.

Le corps d'un volume moyen est mobile ; tous les tissus péri-utérins sont souples. Cet utérus un peu gros, entouré de tissus souples, normaux est douloureux à la pression. Nous n'avons pas déterminé chez notre malade cette douleur exquise de l'ovarite qui se développe par la simple pression. Vous avez été cependant témoin d'une sorte de tremblement

nerveux, d'agitation des membres, de mouvement du bassin se dérobant au toucher au moment où j'appuyais sur le corps de la matrice.

Sous l'influence du repos, du traitement, les douleurs se sont apaisées et l'hémorrhagie a cessé.

En présence de ces hémorrhagies abondantes, persistantes, survenues après des accouchements, une première pensée vient à l'esprit : celle d'attribuer à la plaie placentaire leur origine.

Deux de nos malades accouchées récemment dans les conditions les plus régulières, présentent des hémorrhagies de cette nature.

Il suffit pour se rendre compte de ces hémorrhagies de considérer la plupart des pertes de sang observées dans le cours de la grossesse.

Ces métrorrhagies, vous le savez bien, se rapportent souvent à des insertions vicieuses du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, près du col. Au moment où ce segment se dilate, la surface utérine d'insertion placentaire devient trop large pour la surface du placenta qui reste invariable. Le travail d'élargissement de la cavité détermine des tiraillements, des décollements placentaires et par suite des métrorrhagies.

Chez les femmes récemment accouchées, les métrorrhagies ont même lieu d'origine : la plaie placentaire.

Plus tard, cette origine ne peut être invoquée. La métrorrhagie a une autre cause.

Lorsque la plaie placentaire est cicatrisée, malgré le travail d'involution utérine, l'utérus peut rester gros, volumineux, gorgé de sang, sa circulation est active. Duparcque, il y a près de 50 ans, a bien décrit cet état de l'utérus marqué par une grande tendance aux hémorrhagies ; et, à juste titre, les auteurs lui ont attaché son nom.

Il est rationnel de se demander si cet état congestif de l'utérus est le point de départ des hémorrhagies observées chez notre femme, accouchée depuis plusieurs mois.

Auparavant, recherchons s'il n'existe pas une autre cause, plus manifeste, qui s'impose mieux à l'esprit.

L'état de la matrice nous permet d'éliminer d'emblée le cancer et le fibrome comme causes de métrorrhagie.

Notre malade n'est pas atteinte non plus de polypes fibreux tels que ceux que nous avons enlevés avec succès chez deux malades et dont les observations se trouvent consignées dans une excellente thèse d'un de nos bons élèves, le Dr Ansaloni, de Blois (1).

Les métrorrhagies de notre malade ne peuvent également reconnaître pour cause la phlegmasie péri-utérine, l'ovarite. De telles hémorrhagies sont fréquentes et plusieurs exemples de ces métrorrhagies se trouvent dans nos salles. Permettez-moi de vous signaler au moins une malade atteinte de cet ordre de métrorrhagies.

Observation. — En ce moment, au n° 32, salle Ste-Marie, est couchée une femme Joud..., âgée de 25 ans, qui offre un exemple de ces métrorrhagies. Cette femme, réglée à 13 ans et demi, a eu des couches pénibles au terme de son unique grossesse. Six mois après ses couches, la malade a été gravement atteinte d'une péritonite qui s'est dissipée, laissant après elle comme trace de son passage de l'irrégularité dans la menstruation. Les pertes se sont prolongées au delà de l'époque menstruelle habituelle; elles sont devenues incessantes, continues, et ont nécessité l'admission de la malade à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gombault. A la suite d'un mois et demi de bon traitement et de repos absolu, la malade complètement rétablie est sortie de l'hôpital. Dans la suite, les fatigues ont donné aux accidents une impulsion nouvelle; et, quelques semaines après, l'intensité des douleurs dans les fosses iliaques surtout à droite, les métrorrhagies ont obligé la malade à réclamer nos soins.

A son entrée, nous constatons que le ventre est souple, non tendu. La pression n'est douloureuse ni au-dessus du pubis ni dans les fosses iliaques, dans les régions ovariennes. Cette constatation

(1) Considérations sur le traitement des polypes fibreux de l'utérus. Davy, 1887.

nous permet de rapporter les douleurs abdominales de notre malade à des phénomènes purement nerveux.

Le col est porté en arrière, immobile, fixé par des adhérences. L'une d'elles plus épaisse occupe la base du ligament large gauche; il n'existe pas à son niveau de battements artériels. Nous croyons malgré l'absence de ces derniers à l'existence d'une plegmasie péri-utérine d'époque antérieure. La résolution s'est faite dans le tissu cellulaire, et, il est resté dans le péritoine des brides, des néo-membranes; actuellement nous nous trouvons en présence des vestiges de la péritonite pelvienne ancienne.

L'inflammation n'a pas été limitée au tissu cellulaire sous-péritonéal, elle a envahi le tissu cellulaire péri-utérin, l'anneau qu'il forme autour du col : aussi, trouve-t-on le col utérin gros, congestionné sans ulcération, mais fixé, immobile au centre du vagin. Il n'est pas possible de chercher la douleur par la pression; car, l'induration des tissus péri-utérins empêche d'assigner exactement le siège de la douleur, d'attribuer celle-ci à l'inflammation de la matrice ou à celle des tissus qui l'entourent.

J'insiste à dessein sur ce cas; car, il faut que vous sachiez que la métrorrhagie est un symptôme fréquent des phlegmasies péri-utérines, surtout si celles-ci viennent compliquer une déviation utérine. Les métrorrhagies que nous observons chez trois de nos malades n'ont pas d'autre origine.

Chez ces trois malades, il existe de la rétroflexion avec phlegmasie péri-utérine assez nettement localisée sur l'un des côtés de l'utérus. Afin de bien vous marquer l'importance que peuvent acquérir les métrorrhagies observées dans les cas de déviations, je me bornerai à vous signaler l'observation de la malade couchée au n°-40. Cette femme a souffert d'hémorrhagies abondantes si rebelles qu'avant d'être soumise au traitement souverain que je vous indiquerai bientôt, elle a épuisé pour ainsi dire, toute la thérapeutique usuelle dans ces cas. Ces métrorrhagies n'avaient pas d'autre cause qu'une rétroflexion utérine, d'un diagnostic difficile. Pendant longtemps, en raison du corps de l'utérus volumineux, j'ai soupçonné un fibrome inclus dans la cavité utérine ; mais, les métrorrhagies ont cessé, l'uté-

rus a diminué de volume ; et, la déviation est devenue d'un diagnostic plus simple. Il faut interpréter ce changement comme signe d'amélioration de la métrite accompagnant la rétroflexion.

Nous avons jusqu'à présent passé en revue presque toute la séméiologie des métrorrhagies relevant des affections des organes génitaux. Cette revue sera complète si nous mentionnons les métrorrhagies observées dans le cours de l'hématocèle péri-utérine et de la métrite.

Si maintenant nous cherchons la cause des métrorrhagies que nous avons relatées chez la malade couchée au n° 2, il ne nous est possible d'incriminer que la métrite. L'utérus, je vous le rappelle, est un peu gros, douloureux à la pression.

Malgré son augmentation de volume, l'utérus n'est point atteint de l'engorgement simple, décrit par Duparcque. Cet engorgement — terme ancien, mais très explicite — suit la période puerpérale : il marque une sorte d'arrêt de l'involution utérine. Son caractère inflammatoire n'est pas admis par tous les anciens gynécologistes. Le gonflement de l'utérus cède peu à peu, ne laissant aucun vestige fâcheux après lui.

L'inflammation est nette chez notre malade. Chez elle, la muqueuse utérine est malade. Le col gros, congestionné, offre une ulcération qui se prolonge dans l'intérieur de la cavité du corps. Cette ulcération est la cause première de l'hémorrhagie, ou mieux encore elle marque la forme de la métrite qui explique les métrorrhagies rebelles de notre malade.

Cette métrite a des rapports directs avec l'accouchement. Ces rapports ne peuvent exister chez la malade couchée au n° 6, atteinte également de métrite avec hémorrhagies. Notre malade, âgée de 17 ans est vierge : la membrane hymen est intacte. A l'âge de 15 ans, elle a été sujette à des métrorrhagies rebelles. Leur abondance et surtout leur persistance ont déterminé notre collègue M. Vulpian à confier la malade à nos soins. A son entrée dans le service, on constata un col

un peu gros, exulcéré à peine. Le corps était douloureux à la pression, augmenté de volume et offrait une cavité profonde de sept centimètres, dépassant ainsi de deux centimètres la profondeur normale. Après un traitement local : injection de quelques gouttes de perchlorure de fer dans la cavité de l'utérus, les métrorrhagies disparurent.

Pendant huit mois environ, notre jeune malade jouit d'une santé parfaite ; mais, une récidive des hémorrhagies se produisit. Il ne faut pas croire à la nature essentielle de ces métrorrhagies à répétition, tenaces ; pour moi, je crois toujours dans ces cas à l'existence d'une lésion. Je ne suis nullement convaincu par les deux exemples de métrite chez les vierges fournis par le Prof. Courty dans son traité en faveur de la nature essentielle de quelques métrorrhagies. Boivin et Dugès rapportent l'observation d'une jeune malade, atteinte de règles profuses, qui succomba rapidement à la suite d'un accident, d'une fracture de la colonne vertébrale. A l'autopsie de cette jeune fille, les deux auteurs trouvèrent un col de l'utérus atteint d'inflammation folliculeuse. Il est bien certain que chez elle, les métrorrhagies n'étaient point essentielles, et devaient être rapportées comme celles de notre malade à de la métrite.

La métrite virginale n'est pas du reste une grande rareté : elle a fait le sujet d'une description intéressante de Bennet (1), et il est nécessaire d'être renseigné sur son existence, afin de la reconnaître dans les métrorrhagies qu'elle détermine et de diriger contre elle les éléments de médication dont nous disposons.

La connaissance de la cause est, ici comme dans toute autre affection, la condition première d'une bonne thérapeutique.

---

(1) Cette étude a été reprise par M. Bouton. Thèse de Paris, 1887. (L. S.)

## TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

La suppression de la cause d'une affection constitue la première nécessité de la thérapeutique.

Cette suppression dans les métrorrhagies est parfois facile. Plusieurs fois, vous nous avez vu enlever des polypes utérins de la cavité ou du col et tarir ainsi radicalement la source des hémorrhagies.

Ne comptez pas toujours sur un succès si facile, la recherche de la cause est parfois difficile ; et, encore que vous ayez établi ce diagnostic, votre hémorrhagie résistera au traitement avec la plus grande opiniâtreté. Ces métrorrhagies rebelles presque toujours d'origine inconnue, avaient frappé l'esprit de nos prédécesseurs, et, pour le besoin de la cause, ils les avaient décorées du nom d'*essentielles* marquant ainsi deux de leurs caractères principaux : la difficulté de leur assigner une pathogénie et celle de les combattre.

Les exemples de ces métrorrhagies deviennent de plus en plus rares : peut être, parce qu'il nous arrive de mieux lutter contre elles, et surtout de mieux reconnaître leur point de départ.

Les moyens dont nous disposons contre les hémorrhagies, en général, sont nombreux. Au premier rang, et comme principal modificateur de l'affection utérine figure le repos. Vous avez vu souvent des pertes rebelles, anémiantes, diminuer et disparaître bientôt sous la simple influence du repos. J'entends le repos dans le sens le plus large, décubitus horizontal, comme dans le sens plus restreint : le repos de l'organe.

Il y a un autre élément dont j'invoque devant vous la puissante intervention : l'hygiène. Au n° 12 *bis*, est couchée une femme entrée le 10 janvier pour une métrorrhagie qui a succédé à de la leucorrhée. Ce symptôme qui avait été assez grave en apparence a disparu bientôt. Vous avez entendu

les recommandations que nous donnions afin que cette malade fut bien nourrie et gardât le repos au lit, peu couverte, dans un endroit bien aéré.

A ce traitement général, j'ai joint le traitement local que j'institue souvent dans les métrorrhagies.

Le traitement local consiste en injections vaginales, données à une CERTAINE température. Nous préciserons plus tard le degré de thermalité. Ces injections ont au moins pour premier résultat de débarrasser le vagin de ses caillots, de laver cet organe.

Dans quelques circonstances, j'ajoute des moyens plus énergiques. Il est nécessaire, en effet, parfois de combattre les métrorrhagies résultant d'afflux trop vif du sang dans les organes intra-pelviens par des révulsifs, par des excitants généraux et locaux ; frictions avec un linge grossier sec ou trempé dans l'eau froide légèrement alcoolisée, salée, sur de larges surfaces : dos, thorax, abdomen, membres.

Je ne veux pas vous laisser croire que ces moyens seuls suffisent. Vous devez recourir à des moyens plus énergiques dans bien des cas. La médication interne, anciennement fort estimée, est bien déchue de son importance. Le cachou, la sabine, le ratanhia, l'eau de Léchelle étaient autrefois entourés de grande réputation. L'hamamelis virginica, l'ortie blanche sont aujourd'hui fort en renommée. J'aurai plus de confiance dans la médication alcoolique à base de cannelle recommandée par Récamier, Gosselin.

Je ne veux pas trop considérer à fond le mode d'action de ce dernier traitement. Je craindrais de prendre trop vite parti pour l'alcool entrant dans la composition de la potion et pour le vin de madère. Les vins généreux, alcooliques, en un mot sont de puissants moyens thérapeutiques ; et, peut-être, valent-ils mieux que ces prétendus toniques de l'utérus, le sulfate de quinine, l'ergotine.

L'ergotine, l'ergotinine en potion, en injections hypodermiques ont eu des défenseurs. Mais, mon expérience m'a démontré que ces médicaments aussi bien dans les métrites

que dans les fibromes sont sans action. Je ne réserve que les cas de métrite post-puerpérale avec mollesse de l'utérus.

Je repousse l'emploi de l'ergotine employée seule ; mais, vous me voyez en user journellement en l'associant à d'autres médicaments : fer, sulfate de quinine, digitale.

Je prescris les pilules suivantes, à prendre deux avant chaque repas.

| | | |
|---|---|---|
| Ergot..... | 10 gr. | Pour 100 pil. |
| Sous-carbonate de fer..... | 10 gr. | |
| Sulfate de quinine..... | 2 gr. | |
| Extrait de digitale..... | 1 gr. | |

Les pilules ne doivent pas être argentées afin d'être plus digestibles.

La composition de ces pilules est complexe. Il y entre du fer, de l'ergotine, de la digitale, du sulfate de quinine.

Le fer est un analeptique, mais je me garde bien de le donner sous forme de perchlorure liquide comme il est classique de le faire. Ce moyen détestable doit être banni : son action directe sur la muqueuse stomacale est fâcheuse et doit en défendre l'emploi.

La digitale joue un rôle important. Certains ont attribué à la digitale une action spéciale sur les contractions de la fibre utérine. Cette explication me séduit peu.

Je vais arriver à vous faire comprendre cette action. Assez souvent j'institue le traitement suivant. Je fais prendre une infusion non filtrée de 0 gr. 30, à 0,50 de feuilles de digitale dans une tasse de thé, par gorgée, quelque temps après les repas. J'obtiens ainsi le ralentissement du pouls, une moindre activité de la circulation générale et l'arrêt des hémorrhagies. Ce moyen échoue cependant toutes les fois qu'il y a une tension vasculaire excessive. De bons résultats sont souvent rapidement obtenus en 3 ou 4 jours. Dans tous les cas, il faut interrompre la médication. En insistant on produirait des accidents, résultat d'un trouble de la circulation générale, tels que pâleur, anémie, augmentation de l'hémorrhagie.

C'est surtout dans les phegmasies utérines et péri-utérines que les moyens thérapeutiques précédents doivent réussir.

En dehors de cette médication interne, on peut employer des moyens externes : applications topiques locales, injections vaginales, irrigations continues, par séances de 10 à 20 minutes, vessie de glace sur le ventre, bains de siège. Je vous recommande notamment pour les séances d'irrigation continue un appareil fort en usage dans nos salles (1). Il s'agit d'une sorte de chaise sur laquelle la malade peut reposer à demi renversée ; un tube de caoutchouc conduit l'eau destinée à l'injection. Le réservoir d'eau est un petit tonnelet fixé au-dessus de la malade. Le tube de caoutchouc est muni à l'autre extrémité d'une canule vaginale ; le liquide de l'injection s'écoule dans un vase placé au-dessous de la chaise il n'est besoin d'aucun tube de retour.

Faut-il faire une injection froide ou chaude ? Cette question occupe les esprits ; et, bien certainement, je pourrais être traité d'esprit routinier par mes adversaires si je prends parti pour l'eau froide contre l'eau chaude.

L'application de la chaleur peut se faire suivant divers procédés. Le sable chauffé, l'eau chaude enfermée dans des sacs peuvent être appliqués contre la colonne lombaire. Ce moyen n'est pas le plus usuel. On donne surtout des injections vaginales chaudes. On élève la température de ces injections aussi haut que les malades peuvent la supporter à 42°, 45°, 50°. Nous avouons que plusieurs femmes ayant à supporter de pareilles températures ont démontré par leurs cris tout le premier bien qu'elles éprouvaient. Elles comparaient assez volontiers leurs sensations à celles données par du fer rouge.

Cette thérapeutique par l'eau chaude est basée sur ce principe posé par Trousseau : le froid congestionne, le chaud produit l'effet inverse.

---

(1) Appareil d'Auboin.

On ne pourra me faire le reproche de m'être prononcé sans avoir fait de nombreux essais. Tout dernièrement encore, j'ai soumis à ce traitement une de nos malades. Cette malade, atteinte de leucorrhée alternant avec de la métrorrhagie après un accouchement, a été cautérisée, soumise au repos. Dès les premières fatigues, les accidents se reproduisaient. Deux fois par jour, pendant cinq jours, elle a eu des injections d'eau chaude à 45°. Une rémission s'est produite seulement dans l'écoulement sanguin. Afin de ne pas substituer trop rapidement un traitement à l'autre, j'ai laissé 48 heures le malade sans injections. Plus tard, l'hémorrhagie s'est arrêtée sous l'influence des injections d'eau froide, ou mieux *fraîche*, à la température de la salle.

La malade a été gardée en traitement jusqu'au retour de la période menstruelle. Cette période a été normale et d'une durée de 3 à 4 jours.

J'ai la plus grande confiance dans l'eau froide de 15° à 21°. Suivez par exemple l'observation de la malade couchée au n° 27, Ste-Marie. Cette jeune femme, atteinte de métrite interne, consécutive à un accouchement, a été traitée par des injections d'eau fraîche. Elle a été guérie de ces pertes en 20 jours. Rappelez-vous cette femme atteinte de métrite avec rétroflexion utérine traitée en vain pendant 17 jours et qui fut guérie en quelques séances d'irrigation froide continue, d'un quart-d'heure de durée ; je pourrai encore vous signaler une de nos malades, n° 29, qui a vu disparaître en 6 jours une métrorrhagie persistante depuis un mois.

Des partisans peu suspects de l'eau chaude ont du reste avoué avoir obtenu des succès réels après insuccès de l'eau chaude. Cette déclaration est satisfaisante; mais, elle ne saurait m'enhardir à bannir complètement l'eau chaude au profit de l'eau froide. Des praticiens émérites ont retiré de bons résultats de l'eau chaude ; je reconnais ces résultats, mais, je les interprète en pensant que la température des injections données dans ces cas n'atteignait pas 40° ; qu'en définitive, en tenant compte de la déperdition de chaleur faite

pendant l'injection, la température d'abord assez élevée, s'abaissait assez pour ne pas déterminer de sensation de brûlure.

Ces injections tièdes à température peu élevée, à la température du corps humain doivent certainement donner de bons résultats dans les affections phlegmasiques de l'utérus et de ses annexes.

Bien volontiers, j'emploie des injections émollientes, tièdes dans ces cas ; à ces injections, j'ajoute tous les procédés destinés à maintenir une température chaude. Dans la région du bas-ventre. J'applique les cataplasmes chauds, et mieux la flanelle, l'ouate chaude.

Je ne vous donne pas ces moyens comme toujours efficaces. Bien des métrorrhagies, d'origine cavitaire, d'endométrite, résistent à ce traitement. La perte de sang est le symptôme capital. La racine du mal est profonde ; Récamier reconnaissait bien la lésion lorsqu'il proposait le raclage de la muqueuse du corps. Le curage utérin qui tend à passer en pratique me paraît trop radical ; je crois cependant à son efficacité. J'ai obtenu grâce à lui de bons résultats, mais, en vérité, j'y renonce le plus souvent, ayant à mon service un moyen énergique et moins brutal : la cautérisation de la muqueuse cavitaire.

J'effectue cette cautérisation avec du perchlorure de fer liquide que je porte avec une sonde de fin calibre dans la cavité. On craignait beaucoup autrefois d'injecter un liquide qui pénétrât de l'utérus dans la cavité péritonéale à travers les trompes. Les expériences de Guichard ont montré que cet accident se produisait seulement s'il y avait une barrière au reflux du liquide à travers le col.

Aussi, pour éviter cet accident vous me voyez choisir une sonde de calibre assez fin qui peut se mouvoir facilement dans le col. J'injecte doucement le liquide, goutte par goutte, en surveillant son évacuation en retour. Ces injections sont suivies de quelques coliques, d'une tension à l'hypogastre, sans fièvre. Ces accidents durent quelques jours, puis le

calme se rétablit. Cette réaction nerveuse, ce péritonisme, reproduisant en partie le tableau de la péritonite peut effrayer un esprit non prévenu ; il faut être averti.

Je choisis l'injection au perchlorure de fer, plutôt que celle à la teinture d'iode, au nitrate d'argent. Ce dernier topique a une action puissante, mais, cette action est difficile à préciser; parfois, le nitrate d'argent solide, le crayon en entier, est rejeté entouré de mucus, de sang. Son action reste nulle ; le crayon n'a pas touché la muqueuse. En solution concentrée, l'action caustique est plus sûre ; elle est trop profonde dans certains cas ; elle détermine un écoulement purulent, désorganise la muqueuse. Le perchlorure de fer a une action plus certaine, plus facile à régler. On injecte 2 cent. cubes environ.

Les indications thérapeutiques resteraient toujours incomplètes si nous ne considérions la constitution, le tempérament de la malade. L'utérus est l'organe qui domine chez la femme, il est vrai ; mais, l'état général règle en partie le bon fonctionnement de l'utérus. Nous n'obtiendrons la guérison et son maintien qu'à la condition de réagir sur l'état général. Nos malades seront souvent atteintes de chloro-anémie, elles appartiendront pour la plupart à la classe des névropathes. De ces données, vous devez retirer des indications capitales : ne pas épargner les médications générales, usuelles. Leur importance est grande, et vous seriez peut-être étonné en apprenant que beaucoup de nos malades de gynécologie suivent à peu près exclusivement un régime médical, dans lequel l'hygiène entre pour une large part.

J'aime à insister sur ce point, afin de vous montrer combien il importe au gynécologiste d'être bon médecin.

---

# DU TRAITEMENT
# DE LA PLAQUE MUQUEUSE HYPERTROPHIQUE PERSISTANTE
## CHEZ LA FEMME

Par M. **Baudier**, interne à St-Lazare.

Nous limitons notre sujet à l'étude de la plaque muqueuse hypertrophique chez la femme seulement, parce que cette lésion s'observe beaucoup plus rarement chez l'homme, qu'elle n'y revêt pas de formes sensiblement différentes, et que, par conséquent, le traitement doit être le même. De plus, il nous a été donné d'observer un très grand nombre de femmes, il était donc naturel que notre travail s'appuie exclusivement sur les cas observés chez elles.

La femme présente encore un autre intérêt que nous ne trouvons pas chez l'homme, c'est au point de vue de la contagion : les plaques hypertrophiques de l'homme, étant surtout anales et scrotales, donnent par leur situation peu d'occasions de contamination, tandis que les plaques vulvaires de la femme sont la cause principale de la dissémination de la syphilis. Nous touchions par là à la question de la prostitution, à sa répression et aux moyens médicaux employés pour en amener l'assainissement. Saint-Lazare personnifie actuellement cette sorte de répression médicale ; cette institution est plus que jamais attaquée, on nous pardonnera donc les digressions que nous ferons çà et là sur l'état et le régime de cette maison. Nous venons d'y passer trois années comme interne, et nous avons pu voir tous les jours les défauts et les avantages qu'elle présente, tant au point de vue du rétablissement de la santé de la prostituée, qu'à celui de la protection de la santé publique ; nous espérons donc qu'on ne nous en voudra pas de donner, quand les circonstances nous y conduiront, libre carrière à nos idées sur un sujet qui préoccupe vivement l'opinion publique.

Comme la description et l'étiologie de la plaque muqueuse ont été faites de main de maître par le professeur Fournier, on nous permettra de transcrire ces pages superbes, ainsi que le traitement qu'il préconise et que l'on doit mettre en œuvre dans l'immense majorité des cas. Pour nous, nous commençons toujours par l'employer et ce n'est que quand il échoue, et, dans les circonstances que nous examinerons plus tard, que nous avons recours au procédé qui fait l'objet de notre travail.

« Cette syphilide (la plaque muqueuse hypertrophique) est un dérivé de la papule. Elle résulte de l'ampliation gigantesque d'une lésion papuleuse, aboutissant par l'hypertrophie de ses éléments à constituer de véritables tumeurs.

« Comme étiologie, une cause unique et constante préside à son développement, à savoir : l'incurie chronique, incroyable, bestiale de certaines malades ; en d'autres termes le défaut de traitement, de pansement et d'hygiène, la malpropreté, la saleté poussée à la dernière puissance. Vous ne rencontrerez ces lésions que chez les femmes de classes inférieures ; chez celles que l'ignorance, l'abrutissement, la débauche, l'ivrognerie, la misère abaissent au dernier échelon de la dégradation physique, ou bien encore, — le croirait-on ? — chez certaines malades qu'une pudeur bien mal entendue, ou pour mieux dire, qu'une pruderie ridicule conduit à n'accepter les secours d'un médecin qu'à la dernière extrémité.

« Des papules isolées peuvent subir la déviation hypertrophique et aboutir à former de petites tumeurs, grosses comme un haricot, une noisette, un noyau d'abricot. Le plus habituellement toutefois, ce sont des papules agminées et confluentes qui constituent la syphilide hypertrophique.

« Comme lésions enfin, cette syphilide se présente sous l'aspect de tubérosités, de tumeurs plus ou moins volumineuses, sessiles de base, formant des masses rougeâtres et bourgeonnantes, qui rappellent à la fois la physionomie de la papule et celle de la végétation, du chou-fleur vulgaire.

« Lorsqu'elles sont isolées, ces tubérosités consistent en des soulèvements, en des mamelons muqueux, généralement arrondis comme contour et convexes comme relief.

« Lorsqu'au contraire elles sont agminées et confondues en une masse commune, elles constituent des masses plus ou moins étendues en surface, saillantes, surélevées de plusieurs millimètres au-dessus du plan des tissus voisins, en forme de plateau muqueux.

« Le volume que ces tubérosités ou ces nappes hypertrophiques peuvent affecter est très variable. Pour les plus petites il peut être comparé à celui d'un gros pois, d'un haricot, d'une demi-noisette, d'autres atteignent les proportions d'une fève, d'une datte. D'autres enfin, bien plus grosses, présentent, et cela sans la moindre exagération, croyez-le, les dimensions et la forme d'un chapeau de champignon, mesurant ainsi 3, 4, 6, 10 centimètres de largeur sur 1 et même 2 d'élévation! C'est à ces dernières qu'on a appliqué la dénomination très légitime de papules éléphantiasiques.

« Le développement hypertrophique des papules vulvaires ne s'accompagne à son début d'aucune douleur; mais il ne tarde guère à se développer consécutivement des phénomènes phlegmasiques plus ou moins intenses. Les parties situées au voisinage rougissent et deviennent prurigineuses; de l'intertrigo érosif se produit à la surface et sécrète un suintement blennorrhoïde, la vulve se gonfle, les grandes lèvres deviennent turgescentes, dures, érysipélateuses, doublent ou triplent de volume, et prennent une dureté qu'on ne saurait mieux comparer qu'au sclérème; les petites lèvres s'œdématient; le périnée, la marge de l'anus, la face supéro-interne des cuisses, constamment baignés de pus s'enflamment à l'unisson. De très vives douleurs se manifestent alors, au point d'exciter en quelques cas un certain ensemble de phénomènes réactionnels; la marche, la station même devient très pénible, presque impossible; et c'est dans cet état que nous voyons quelques malheureuses femmes arriver aux consultations de cet hôpital, se traînant plutôt que mar-

chant, pâles et portant sur leur visage l'expression de la souffrance, exhalant de toute leur personne une affreuse odeur. présentant à la vulve et sur les régions péri-vulvaires d'énormes tumeurs éléphantiasiques, tumeurs végétantes, ulcérées, gangréneuses, baignées de pus, immondes d'aspect et révoltantes de fétidité.

« Eh bien, le croirait-on ? de telles lésions sont des plus simples à traiter, et leur facile curabilité contraste singulièrement avec leur gravité apparente. Certes, en face de ces tumeurs éléphantiasiques, le médecin qui n'a pas l'expérience de ce genre d'accidents, serait autorisé à concevoir quelques alarmes. Il pourrait croire que ces énormes masses végétantes doivent réclamer un traitement des plus actifs et ne sont susceptibles de guérir qu'au prix d'une intervention chirurgicale énergique. Il pourrait être tenté d'avoir recours à une excision ou tout au moins à une cautérisation violente. Or ces alarmes seraient vaines, et non moins inopportun serait-ce déploiement de thérapeutique. L'expérience en effet contredit ici toutes les prévisions rationnelles, et voici comment.

« Soumettez ces lésions au plus simple des traitements. et vous en ferez prompte et bonne justice. Bornez-vous à prescrire le repos, des bains tièdes répétés coup sur coup, des ablutions fréquentes, des pansements avec une poudre isolante recouverte d'ouate, et presque aussitôt les choses changeront de face. Dès les deux ou trois premiers jours. vous verrez les douleurs se calmer, la suppuration diminuer, la fétidité disparaître, et la surface des tumeurs commencer à se dessécher. Puis, une semaine ne se sera pas écoulée que les masses bourgeonnantes, que les gros champignons muqueux se seront déjà sensiblement réduits de volume, ratatinés, atrophiés. Et, au delà, que deviendront ces papules hypertrophiques. Au delà elles continueront *à se résorber*. A se résorber, notez bien ce mot ; car ne croyez pas qu'elles guérissent en se mortifiant sur place ou en se détachant à la façon des végétations cautérisées ou de

certaines végétations caduques de la grossesse : nullement. Elles diminuent simplement de volume par le fait d'une véritable résorption. Rien ne s'en sépare, rien ne s'en élimine extérieurement. Elles s'atrophient réellement par un travail intime qui, molécule à molécule, en opère le retrait ; elles rentrent sous terre pour ainsi dire ; en un mot et dans la véritable acception du terme, elles se résorbent.

« Pour s'accomplir, cette résorption demande un certain temps, temps variable d'abord suivant le volume de la masse hypertrophique et variable aussi suivant certaines modalités inconnues de ce processus régressif. Toutefois elle est rapide en général, et plus rapide surtout qu'on n'oserait l'espérer à priori. Il est rare qu'elle dépasse 4 à 5 ou 7 septénaires en moyenne. Lorsqu'elle est moins active, lorsqu'elle se ralentit, je crois qu'on peut l'exciter avec profit par quelques cautérisations très superficielles au nitrate d'argent, ou quelques badigeonnages à la teinture d'iode, cela, sans préjudice du traitement général, bien entendu.

« Et finalement, sans autre médication et surtout sans la moindre intervention chirurgicale ces masses hypertrophiques disparaissent en ne laissant après elles ni cicatrices ni vestige aucun de leur passage sur les téguments. (1) »

On nous excusera d'avoir donné cette citation textuelle, mais nous avons cru bien faire en reproduisant les paroles mêmes du professeur Fournier ; puisque dans la suite de ce travail nous démontrerons qu'un certain nombre de ces lésions ayant subi une organisation véritable ne cèdent pas aux moyens simples conseillés par le Pr Fournier et qu'il faut au contraire intervenir d'une façon active si on veut les voir se modifier et disparaître.

Pendant l'année 1882 que je passai comme externe à Lourcine, j'eus l'occasion de voir soigner un grand nombre de femmes dont l'état lamentable répondait fidèlement au tableau tracé du reste dans le même milieu par le Pr Fournier. Do-

(1) FOURNIER. *Leçons sur la Syphilis.*

mestiques sans places, ouvrières sans travail, dont le seul moyen d'existence était la basse prostitution exercée dans les promenades publiques ou sur les bancs des boulevards extérieurs et qui, un jour, à bout de forces, et ne trouvant même plus d'ivrogne qui voulût leur faire gagner quelques sous, se traînaient à Lourcine et venaient à la consultation nous étaler le hideux et nauséabond spectacle de leurs organes génitaux où, sous une épaisse couche de pus, on trouvait toutes les variétés de syphilides secondaires.

Les plus fréquentes de beaucoup étaient les papules hypertrophiques, énormes parfois, occupant plusieurs centimètres carrés autour de l'anus et sur la face interne des cuisses. Ces femmes étaient reçues, nettoyées, le traitement leur était donné, interne et externe, suivant toutes les indications du professeur de St-Louis. L'effet était presque toujours merveilleux, en huit jours les femmes étaient méconnaissables, les syphilides ulcéreuses cicatrisées, les papuleuses desséchées et affaissées, enfin généralement, après quelques semaines, les malades pouvaient sortir complètement guéries. Pourtant un certain nombre en restaient à l'amélioration du premier septénaire, les papules hypertrophiques semblaient bien desséchées, mais elles ne diminuaient ni de hauteur, ni d'étendue. Il était naturel alors de supposer que la malade ne suivait pas fidèlement son traitement. Souvent cette hypothèse était vraie et en substituant les frictions ou les injections hypodermiques, qu'on ne peut éviter, aux pilules et à la liqueur de Van Swieten que les malades sont très expertes à garder dans leur bouche pour les rejeter quand l'infirmière est passée, en faisant pour ainsi dire absorber aux syphilitiques du mercure malgré elles, l'amélioration reprenait son cours et la guérison arrivait en son temps.

Mais d'autres fois, malgré toute la docilité de la patiente, et les changements de médications spécifiques, les papules desséchées n'entraient en régression qu'avec une lenteur tout à fait désespérante, fastidieuse pour le médecin qui voit

s'éterniser une lésion contre laquelle il est impuissant, qui est obligé d'immobiliser presque sans profit pour personne un lit qui pourrait rendre service pendant ce temps à plusieurs des malheureuses qui se pressent à la consultation, énervante pour la malade qui un jour, découragée et prise de la nostalgie du trottoir, va faire signer sa sortie au directeur. Le médecin n'a pas le droit de la retenir et comme elle est partie malgré lui, elle se gardera bien de revenir à la consultation externe. Si bien que, l'absence de traitement et la saleté aidant, la sortante sera au bout de quelques jours aussi malade et aussi dangereuse que lors de son entrée. C'est dans ces circonstances, pour lutter contre ces plaques scléreuses, que j'ai vu employer à Lourcine le nitrate d'argent soit pur, soit en solution, soit le nitrate acide de mercure. J'ai observé peu de bons résultats du nitrate d'argent. Le nitrate acide de mercure agissait plus énergiquement, mais son emploi était excessivement douloureux et on était obligé d'en répéter plusieurs fois l'application pour arriver à la destruction complète de la plaque.

Plus tard, externe à St-Louis dans le service du Prof. Fournier, j'ai retrouvé de nombreux syphilitiques et je dois reconnaître que, pendant l'année que j'y ai passée, je n'ai pas vu de cas de persistance exagérée de syphilides secondaires hypertrophiques. On peut attribuer ce fait à la perfection du traitement administré sous l'œil même du maître, à la plus grande docilité des malades, subissant d'une façon extraordinaire son ascendant; mais je crois que la raison principale en est dans le mode de recrutement des malades : On traite et on reçoit à St-Louis les syphilitiques des deux sexes, à toutes les périodes de la syphilis, et plus spécialement peut-être à la 3e période, tandis qu'à Lourcine il n'entre que des femmes presque toutes jeunes, qui ne viennent que pour des accidents des organes génitaux, presque tous de la période secondaire. On comprend que dans de telles conditions on rencontre à Lourcine une variété de syphilides papulo-hypertrophiques bien plus riche qu'à St-Louis.

L'année suivante, interne à St-Lazare, où je suis resté près de trois années, je me suis trouvé en face de malades rappelant à bien des points de vue les habituées de Lourcine.

La population de cette maison se compose de deux éléments différents au point de vue de leur origine et des motifs de détention : la première section compose la prison proprement dite. Toute femme prévenue d'un crime ou délit de droit commun, commis dans le département de la Seine, y est détenue jusqu'à l'époque de son jugement; elle y reste comme condamnée jusqu'au moment de son transfert dans une maison centrale, si sa peine dépasse une année, et pendant toute la durée de cette peine si sa condamnation est de moins d'une année.

L'effectif oscille entre 500 et 900 femmes, toutes les classes de la société et tous les âges y sont représentés. Cette population fournit un contingent de maladies, d'infirmités et d'indispositions absolument analogues à ce qu'on rencontre dans la clientèle privée et, malgré le renom d'insalubrité qu'on cherche à faire à Saint-Lazare, je n'y ai, pendant 3 années. observé aucune épidémie, et le taux de la mortalité n'a pas été supérieur à celui du reste de la population parisienne.

Les maladies et les indispositions qui se produisent journellement sont soignées dans une infirmerie assez bien installée et renfermant une salle de fiévreuses, une affectée aux vénériennes et aux cas chirurgicaux, et deux autres occupées par des nourrices. On pourrait être surpris de voir qu'il existe une crèche à Saint-Lazare ; la présence de ces enfants est due à la disposition de la loi qui permet à toute femme accouchée en prison, ou ayant un enfant de moins de trois ans, de garder près d'elle son nourrisson jusqu'à ce qu'il ait trois ans révolus. L'état sanitaire des 40 à 50 enfants qui occupent cette partie de l'infirmerie me permet d'affirmer une fois de plus la salubrité des salles. Cinq cas de croup venus du dehors s'y sont éteints sans déterminer de cas intérieurs; la scarlatine y est très rare et la rougeole en général moins meurtrière que dans les hôpitaux d'enfants.

Mais ce n'est pas cette partie de Saint-Lazare qui nous intéresse aujourd'hui : la syphilis y est assurément fréquente, mais elle n'est pas l'affection dominante, et ses types et ses âges sont des plus variés.

La 2e section de St-Lazare forme l'hôpital proprement dit. C'est un vaste bâtiment de construction moderne (1830). Le rez-de-chaussée est occupé par les services généraux : pharmacie, bains et par deux salles formant les ailes. Les étages supérieurs sont distribués de la façon suivante : un vaste couloir de 2 à 3 mètres de large va d'une extrémité à l'autre du bâtiment et est éclairé directement par de nombreuses et hautes fenêtres ; sur le couloir, dont elles ne sont séparées que par une grille de bois, s'ouvrent suivant toute sa longueur, des salles de 16 lits éclairées sur le côté qui fait face au couloir par une large fenêtre. Ce système permet une surveillance facile de toutes les salles d'un étage par un personnel peu nombreux et assure une aération efficace de chacune des salles.

Les ailes sont occupées par les cabinets des chefs de service et par une salle où l'on peut placer les malades qui demandent une surveillance spéciale, et qui se trouvent ainsi tous les jours directement sous l'œil du médecin.

Je crois que tout esprit non prévenu reconnaîtra que la disposition des salles de cette infirmerie a été très judicieusement établie, étant donné que les affections qu'on y traite ne sont pas épidémiques et que l'état des malades ne réclame pas l'indépendance des salles d'un même étage. De plus l'aération est assurée largement par les fenêtres s'ouvrant d'un côté sur une vaste cour, de l'autre sur un jardin très étendu. Il est donc bien peu logique de réclamer au nom de l'hygiène la démolition complète de St-Lazare. On peut admettre encore que les vieux bâtiments de la prison proprement dite, datant de plus de 2 siècles, doivent faire place à des constructions modernes mieux aménagées, mais ce serait folie de détruire les nouveaux bâtiments de la 2e section qui sont bien indépendants de la vieille prison ; on ne

peut faire mieux pour l'usage auquel ils sont destinés.

La 2e section renferme toutes les femmes qui sont reconnues malades par le dispensaire de la préfecture de police : toutes ces femmes transportées directement de la préfecture à St-Lazare, doivent y être soignées jusqu'à guérison complète et renvoyées alors au dispensaire qui fait subir une nouvelle visite aux sortantes et les rend à la liberté s'il n'est plus constaté de lésions contagieuses. Ces malades appartiennent à deux catégories de prostituées bien distinctes : les filles *soumises* inscrites depuis un temps plus ou moins long, et qui viennent subir tous les 15 jours, plus ou moins régulièrement, une visite au dispensaire : reconnues malades on les expédie immédiatement à l'infirmerie de la 2e section. Secondement les *insoumises*. On nomme ainsi des filles vivant de prostitution depuis un temps indéterminé, mais n'ayant pas subi l'inscription et par conséquent non soumises aux visites bi-mensuelles. Ces filles sont en général ramassées sur la voie publique pendant les râfles, sortes de chasses organisées par les agents spéciaux des mœurs.

Au nom de la liberté individuelle, on s'est élevé contre ces arrestations arbitraires. Je ne veux pas discuter les arguments de droit fournis par les adversaires et par les partisans de ce mode de répression, mais, au point de vue médical, il est impossible de contester l'utilité de moyens qui permettent d'entraver la marche de la syphilis ; on ne peut que regretter leur insuffisance et souhaiter qu'ils soient employés avec prudence et discernement.

Les maladies pour lesquelles on envoie à St-Lazare, à la la suite de la visite du dispensaire, sont la syphilis, la vaginite, l'uréthrite, le chrancre mou, la métrite et les ulcérations du col, l'esthiomène, les végétations et la gale. Il me semble qu'on ne devrait pas condamner à de longs mois d'hôpital obligatoire et, quoiqu'on en dise, infâmant, de malheureuses femmes atteintes seulement de métrite et d'ulcération du col, ces affections n'offrant aucun danger de contagion. Mais l'habitude est la plus forte et l'on continue à

encombrer de cas de gynécologie des services qui ne devraient renfermer que des vénériennes. Il est vrai qu'on peut répondre que le diagnostic des ulcérations du col est difficile et qu'on peut avoir affaire à des ulcérations syphilitiques ou à un chancre mou. De même on peut soutenir la nature blennorrhagique, et par conséquent contagieuse, de l'écoulement utérin, mais il n'en est pas moins certain que, dans nombre de cas, il ne saurait y avoir d'hésitation et qu'on devrait épargner à bien des malheureuses affectées d'une lésion chronique de l'utérus le séjour forcé de St-Lazare.

Dans la pratique, les médecins de St-Lazare tempèrent un peu la sévérité de leurs confrères du dispensaire ; quand au bout de quelques jours il est bien constaté que l'ulcération du col ne relève ni de la syphilis, ni de la blennorrhagie, après un blanchiment rapide, le chef de service renvoie la malade en ayant bien soin de mentionner sur la feuille de maladie son diagnostic précis et vérifié, avec une note adressée au médecin du dispensaire chargé de la visite définitive, le priant de laisser passer la malade puisqu'elle n'est pas contagieuse. Il est rare que le médecin du dispensaire n'accède pas à cette demande et la fille est mise en liberté, jusqu'à la visite suivante où pareille aventure a toute chance de lui arriver de nouveau.

Le motif d'envoi de beaucoup le plus fréquent est la syphilis. Les filles soumises subissant régulièrement leur visite viennent quelquefois, mais bien rarement, avec l'accident primitif, ordinairement elles présentent des accidents secondaires, assez souvent des tertiaires. En général les lésions sont bénignes et peu avancées, cela tient à ce que le mal n'a pas eu assez de temps pour se développer entre deux visites, et qu'on lui applique le remède approprié presque à son début. Chez elles nous voyons donc rarement des plaques hypertrophiques. Les filles soumises, comme les malades de St-Louis, nous donnent des cas de syphilis à toutes les périodes, la même femme qui, inscrite par exemple au moment de son chancre, a fait alors un premier séjour à l'infir-

merie, y revient à chaque poussée, en sort chaque fois blanchie pour y revenir un an, dix ans plus tard. J'ai retrouvé des observations de cette sorte de malades suivies pendant 25 ans et ayant fait 8 ou 10 séjours à St-Lazare.

Toute autre est l'allure générale de la syphilis chez les insoumises. Ces filles, en général jeunes, débutant depuis peu dans la prostitution, sont dans une misère profonde. C'est cette misère qui est cause de leur arrestation, car la prostituée à l'aise qui a un domicile, des meubles et quelque argent en poche ne risque guère d'être arrêtée dans une râfle. elle ne descend sur le trottoir que prudemment et quand elle sait que tout péril est éloigné. Elle n'est pourtant guère moins dangereuse que sa congénère : elle est presque toujours syphilitique, mais en général plus propre, se soigne un peu mieux et enfin, coûtant plus cher, répand moins libéralement sa maladie. Les insoumises se composent en grande majorité de bonnes sans place et d'ouvrières sans ouvrage, les mêmes que nous avons déjà vues venir à la consultation de Lourcine.

Il n'est donc pas étonnant que nous retrouvions chez elles les lésions que j'ai décrites au début.

J'ai dû à l'amabilité et à l'obligeance des chefs de service de St-Lazare de pouvoir observer dans toutes les salles les faits qui m'intéressaient. Entre autres choses, j'ai constaté partout la fréquence des papules hypertrophiques, le traitement était à peu de chose près celui appliqué à Lourcine : mercure intra ou extra, lavages, poudre ou pansement isolant, cautérisation à la solution de nitrate d'argent au 1/3 seule ou suivie du contact d'un rouleau de zinc. Il se forme instantanément une combinaison de couleur blanc d'argent dont l'action semble très énergique et qui produit une rapide régression des hypertrophies.

Dans tous ces moyens rien de bien nouveau, il était donc assez naturel que les résultats obtenus fussent les mêmes qu'à Lourcine. Dessèchement et affaissement rapide de la papule et, au bout d'un mois à six semaines, guérison com-

plète des lésions, et renvoi de la malade si, pendant le traitement, d'autres accidents n'étaient pas survenus qui obligeaient à prolonger le séjour à l'hôpital.

Mais dans un certain nombre de cas, l'amélioration s'arrêtait et, malgré un traitement long et énergique, il persistait des masses plus ou moins volumineuses et indurées, restes des hypertrophies primitives. Le médecin peu à peu fatigué cesse de s'occuper activement de la malade, elle-même néglige son traitement dans lequel elle a cessé d'avoir foi, si bien que de nouvelles poussées de syphilides se reproduisent au-dessus et à côté des anciennes qui refleurissent de plus belle, et, finalement, la malheureuse reste enfermée à St-Lazare un an et plus, jusqu'à ce qu'une intervention très énergique du médecin ou l'action curative de la nature l'ait débarrassée de sa poussée papuleuse et de ses suites.

Au point de vue humanitaire cette situation faite à certaines malades est déplorable. C'est faire trop beau jeu aux adversaires de St-Lazare et du mode actuel de répression de la prostitution que d'emprisonner ainsi pendant plusieurs mois de malheureuses filles. Ils objectent très justement que si l'administration juge à propos de priver ces femmes de leur liberté, au moins elle n'en doit pas abuser, mais faire en sorte que la durée de l'illégalité commise soit la plus courte possible. Cela est incontestable théoriquement, pratiquement c'est encore très juste. En effet la fille, malgré son peu d'intelligence, et son rapide abrutissement, voyant nombre de ses compagnes entrer à Saint-Lazare et y rester enfermées de longs mois, s'ingénie à trouver les moyens d'éviter un semblable emprisonnement; elle passera bien la visite du dispensaire tant qu'elle se croira saine, mais, si elle a des raisons de se croire malade, elle manquera à sa visite, changera de quartier et de trottoir pour dépister les agents envoyés à sa recherche, tombant ainsi de la catégorie des filles soumises dans celle des insoumises. Vienne une râfle, elle sera arrêtée, reconnue malade et envoyée alors à St-Lazare, mais trop tard pour obtenir une guérison

rapide de ses lésions aggravées par son incurie, trop tard surtout pour les nombreuses victimes qu'elle aura dû faire jusqu'au moment de sa rentrée forcée dans le giron de la police.

Il est donc parfaitement juste que du moment où on rend l'hôpital obligatoire, on abrège autant que possible la durée du séjour. Partant de ce principe, il était rationnel d'employer contre les plaques hypertrophiques anciennes, dures et résistant au traitement ordinaire, des moyens plus puissants localement et d'action rapide.

Ce procédé que j'ai vu appliquer à St-Lazare par le Dr Albert Leblond, consiste à cautériser au thermo-cautère toute plaque muqueuse qui a subi une hypertrophie exagérée, et que son organisation trop persistante rend réfractaire aux moyens ordinaires.

On emploie le couteau chauffé au rouge sombre et on l'applique par sa face plane sur la tumeur en l'inclinant de 45° environ, on le fait pénétrer à une profondeur égale à la hauteur de la plaque hypertrophique, en commençant par le centre. Les cautérisations ne sont distantes que de 2 à 3 millimètres, de sorte que, l'opération achevée, la substance néoplasique semble détruite de toutes parts.

En résumé, le couteau du thermo est promené sur toute la surface de la plaque muqueuse assez fortement pour porter son action à une certaine profondeur, et atteindre la plaque dans toute son épaisseur.

Si la plaque est unique et peu étendue, il n'est pas utile d'endormir la patiente, mais si on a affaire à toute une série de plaques hypertrophiques, comme cela arrive généralement dans les cas que nous considérons, il est bon d'administrer le chloroforme, l'opération se fait alors plus sûrement et plus rapidement. Les anesthésiques locaux, la cocaïne spécialement, n'ont pas donné de bien bons résultats, il restait encore trop de sensibilité pour que la femme ne fît plus de mouvements qui dérangent l'opérateur et peuvent être cause de brûlures en des points où elles ne sont nullement

nécessaires. A propos de la cocaïne, je dois citer un fait qui montrera qu'on ne peut trop se tenir en garde contre les effets apparents des agents thérapeutiques. Un jour je vis le Dr A. Leblond après avoir consciencieusement badigeonné de cocaïne pure les lésions hypertrophiques d'une malade, pratiquer les cautérisations sans provoquer la moindre plainte ni le moindre mouvement de la patiente. Nous admirions l'efficacité de l'anesthésique, quand on toucha par mégarde une plaque que l'on n'avait pas cocaïnisée, voulant la garder comme plaque témoin, la cautérisation ne causa pas plus de réaction que celle des plaques voisines ; devant ce résultat il ne restait qu'à explorer la sensibilité générale de la malade et il fut facile de constater que la femme, grande hystérique, était dépourvue de toute sensibilité cutanée.

Un pansement d'ouate phéniquée recouvre la plaie ; au bout de 4 ou 5 jours la plaque hypertrophique est remplacée par une légère saillie rosée en voie de régression, généralement en 15 à 20 jours elle est complètement effacée et remplacée par une cicatrice rosée peu apparente. Plus tard cette cicatrice brunit légèrement et devient de moins en moins visible, le tissu qui la compose a toute l'apparence et la conformation de la peau voisine et, n'était la coloration, il serait impossible de soupçonner que l'on a pratiqué une cautérisation énergique à la surface de la lésion.

Les quelques observations que je publie à la suite de ce travail sont prises au milieu d'un grand nombre de semblables recueillies par le Dr Leblond, qui pratique depuis plusieurs années la méthode des cautérisations ; elles sont peu détaillées, n'ayant été écrites que pour mémoire de faits et nullement en vue d'une publication.

Je ne les en crois pas moins concluantes.

L'observation III, que j'ai prise en vue de ce travail, montre les différentes phases de la cicatrisation avec l'évolution parallèle de la plaque témoin. Je crois qu'il est difficile de nier dans ce cas l'influence heureuse de la cautérisation puisque les lésions traitées étaient guéries alors que la

plaque témoin restait dans le même état de dureté et d'élévation. Enfin on a cautérisé cette plaque témoin, mais d'une façon insuffisante à la périphérie; le centre guérit rapidement, tandis qu'il reste à la circonférence une bordure saillante. L'imperfection accidentelle du procédé n'en fait que mieux ressortir l'efficacité quand toutefois il est bien employé.

Mais avant de citer les observations prises à St-Lazare, je désire présenter deux observations que j'emprunte à l'ouvrage publié en 1869 par le Dr Spillmann (1), élève du Pr Fournier, dans le but de bien démontrer que la plaque hypertrophique tenace pendant des mois malgré le traitement interne et les soins de propreté, n'est pas une simple vue de mon esprit.

### Observation I

*Papules éléphantiasiques énormes. — Incurie. — Hypertrophie persistante.*

A., Aurélie, 24 ans, entrée le 18 mars 1868, salle St-Clément.

*Antécédents.* — En décembre 1867, elle eut à la vulve plusieurs boutons, pour lesquels elle n'a fait aucun traitement.

*État actuel.* — Toute la grande lèvre gauche est transformée en une énorme tumeur d'aspect blanchâtre éléphantiasique. Elle est également dure. Les petites lèvres dures ont le même aspect.

Tout autour de la vulve des plaques muqueuses très confluentes.

Sur les cuisses plusieurs papules très élevées, discoïdes.

Roséole confluente sur le ventre et les cuisses ainsi que la poitrine. Pléiade inguinale et cervicale.

*Traitement.* — Protoiodure d'hydrargyre 0,05 centig. Lotions chlorurées, bains.

23 mars. Pas d'amélioration.

9 avril. Les masses hypertrophiques restent encore volumineuses et dures; elles se dessèchent.

Le 16. Presque toute la masse et les papules voisines sont séchées mais encore volumineuses.

---

(1) *Des Syphilides vulvaires*, par le Dr Paul Spillmann. Paris, 1869.

Le 20. Amélioration lente ; cautérisation des accidents au nitrate d'argent.

Le 30, Amélioration assez rapide, quoique les mamelons présentent encore un certain volume et de la dureté.

10 mai. Les mamelons s'affaissent. Les surfaces sont complète ment sèches ; cicatrisation avancée en plusieurs points.

11 juin. Toutes les lésions sont sèches mais elles sont très volumineuses et plusieurs offrent une induration considérable. La malade quitte l'hôpital

Rentrée le 20 juillet. Aucun traitement depuis la sortie. La vulve offre un aspect effroyable et repoussant ; elle est couverte de plaques tubéreuses végétantes, confluentes, qui forment des nappes qui s'étendent depuis la vulve jusqu'au delà de l'anus dans le sillon interfessier. Toutes ces plaques suppurent et répandent une odeur fétide.

*Traitement.* — Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent, pansement avec la liqueur de Labarraque et de l'oxyde de zinc.

Au mois de septembre, il ne reste plus que quelques végétations. La malade sort guérie au mois d'octobre.

## Observation II

*Plaques saillantes, diphtéroïdes. — Incurie. — Récidive.*

C..., Clarisse, 30 ans, entrée le 28 avril 1868, salle St-Clément.

*Antécédents.* — Il y a deux mois, eut des boutons autour de l'anus. Depuis trois semaines environ ont apparu des boutons à la vulve ; pas de traitement méthodique.

*État actuel.* — Sur les deux grandes lèvres, dans toute leur hauteur, existent de nombreuses papules muqueuses, discoïdes, très saillantes, confluentes ; la plupart érosives superficiellement quelques-unes sèches ; un grand nombre sont diphtéroïdes à leur surface.

Adénopathie bi-inguinale type. Quelques papules sèches à la surface interne des cuisses et dans les sillons génito-curaux. Adénopathie cervicale multiple.

*Diagnostic.* — Papules muqueuses vulvaires, érosives, discoïdes, saillantes et diphtéroïdes.

*Traitement.* — Lotions chlorurées, ouate, protoiodure d'hydrargyre 0,05, poudre d'oxyde de zinc.

Les plaques muqueuses diphtéroïdes et saillantes sont cautérisées au crayon de nitrate d'argent.

4 mai. Les papules sont encore saillantes, le nitrate d'argent ne paraît pas les avoir améliorées, on prescrit de la poudre d'oxyde de zinc.

Le 11. Toutes les plaques sont sèches à part une ou deux. Celles de l'anus sont presque aplaties. Celles des grandes lèvres sont saillantes en forme de mamelons. La malade demande sa sortie.

La malade se présente à la consultation le 19 mai. L'état des lésions est à peu près le même qu'à sa sortie ; plusieurs des cicatrices se sont érodées. Elle n'a fait aucun traitement au dehors de l'hôpital.

Ces deux observations, empruntées à l'ouvrage du Dr Spillmann, ont été recueillies à Lourcine sous l'œil du Pr Fournier dont le Dr Spillmann a été un élève de la première heure, elles sont donc parfaitement irrécusables et à elles seules suffiraient à établir notre proposition qu'il est des cas dans lesquels le traitement interne et les soins de propreté ne suffisent pas à vaincre la ténacité des plaques hypertrophiques.

La Ire observation est surtout typique : la malade entrée le 18 mars et mise au traitement ordinaire, ne commence à ressentir une amélioration rapide qu'après une cautérisation au nitrate d'argent faite le 20 avril. Le 11 juin, c'est-à-dire près de 3 mois après l'entrée à l'hôpital, les lésions sont sèches mais encore très volumineuses et très dures. On comprend que la malade dépitée quitte l'hôpital. Elle est obligée de rentrer le 20 juillet et il faut alors prolonger le traitement jusqu'au mois d'octobre pour qu'elle puisse sortir complètement guérie.

Six mois ont donc été nécessaires pour amener la guérison. Si la méthode est sûre, il faut bien avouer que, dans ce cas, elle a été singulièrement lente et que le médecin est bien excusable de chercher les moyens qui permettront aux

malades de cette catégorie de faire un moins long séjour à l'hôpital.

Exposons maintenant les cas que nous avons observés, afin de montrer l'efficacité de la méthode que nous avons pour but de faire connaître.

### Observation III

P..., Jeanne, 22 ans, réglée à 11 ans. Pas de grossesse. Rien de remarquable dans les antécédents que des vaginites soignées à St-Lazare en 1882 et 1886. En mai 1887 elle entre à Lourcine pour des syphilides, probablement début de la maladie. Là on la traite pendant 2 mois, elle sort guérie ; depuis elle aurait pris d'une façon à peu près régulière de d'iodure de potassium.

Envoyée à St-Lazare le 18 janvier 1888 pour des plaques muqueuses hypertrophiques de la vulve et de l'anus. Ces plaques durent *depuis 2 mois* 1/2 ; on en observe une sur la grande lèvre gauche à sa partie moyenne, elle a le volume d'un haricot. Sur la marge de l'anus, à droite, deux grosses plaques distinctes, l'une de la grandeur d'une pièce de 2 fr. rouge, suintante, de 1/2 cent. de haut, l'autre tout près de l'anus, allongée en amande et offrant des diamètres de 4 centimètres de long sur trois de large. A gauche une seule plaque, mais plus étendue que les précédentes, d'un même aspect et de même épaisseur que les autres. Toutes semblent formées d'un tissu dur, presque scléreux.

Bains. Lavages. Poudre d'oxyde de zinc et sirop de Gibert 2 cuillerées.

26 janvier. Les plaques ont perdu leur odeur fétide, leur surface est plus sèche, mais leur tissu semble aussi dur, leur surface ni leur épaisseur ne se sont modifiées. On cautérise la plaque vulvaire et les 2 plaques anales droites : la lame du thermo-cautère pénètre de 1/2 cent. et les coups de pointe sont très rapprochés les uns des autres. On laisse la plaque de gauche comme plaque témoin, et on fait continuer le traitement interne.

2 février. Les plaques touchées sont presque complètement affaissées et cicatrisées à la surface. La plaque témoin est sèche mais a toujours conservé son élévation.

Le 9. Les papules touchées sont encore légèrement saillantes : 1/2 millimètre environ, mais leur surface est sèche. La plaque

témoin est toujours sèche, mais son élévation et sa dureté n'ont pas varié.

Le 16. Une simple rougeur à la place des papules cautérisées. La plaque témoin n'a pas varié, on la cautérise vigoureusement au thermo-cautère. On touche aussi deux plaques qui commençaient à paraître au-dessus et au-dessous de celle que nous avions détruite sur la grande lèvre gauche.

Le 23. Les plaques de la grande lèvre sont presque cicatrisées. Le centre de la dernière plaque anale cautérisée est complètement affaissé et presque cicatrisé, il reste une bordure saillante, formant un cercle presque complet et produit par le pourtour de l'ancienne plaque qui n'a pas été suffisamment cautérisée ; on touche légèrement cette bande saillante au thermo-cautère.

3 mars. Cicatrisation complète de toutes les lésions, il ne reste que des taches rouges marquant les points occupés autrefois par les plaques; au niveau des plus anciennes cautérisations la teinte rose est très pâle et on remarque un commencement de pigmentation brunâtre. Exeat.

Le traitement interne a été continué pendant toute la durée du séjour.

Obs. IV. — T..., Amélie, 20 ans, couturière, entre le 7 juin 1885 dans le service du Dr Leblond pour des plaques hypertrophiques de la région anale, la fesse droite est envahie.

1er séjour.

1 pilule protoïodure, bains. Poudre d'amidon.

13 juin. Badigeonnage des plaques à la solution de nitrate d'argent au 1/3.

15 juillet. Cautérisation au thermo-cautère des plaques hypertrophiques qui n'avaient pas diminué de volume depuis le commencement du traitement.

Le 20. Règles en avance de 10 jours.

Le 29. Solution de nitrate d'argent sur les plaques affaissées mais non complètement cicatrisées.

Le 31. Guérison complète, sauf un aspect brunâtre au niveau de la plaque cautérisée. La peau a repris ses caractères normaux. Exeat.

Obs. V. — V... Caroline, 32 ans, domestique, entre dans le ser-

vice du Dr Leblond le 28 juillet 1885 pour angine syphilitique et accidents secondaires de la vulve.

C'est le premier séjour de cette femme à Saint-Lazare.

1 pilule protoïodure. Glycérine résorcinée sur les syph. amygdaliennes. Soins de propreté.

1er août. Solution de nitrate d'argent sur les plaques vulvaires.

Le 4. Solution de nitrate d'argent sur les plaques vulvaires.

Le 6. Solution de nitrate d'argent sur les plaques vulvaires.

7 septembre. Nouvelle poussée de plaques muqueuses à la vulve et à la gorge. Frictions mercurielles,

Le 21. Solution de nitrate d'argent sur les plaques.

Le 29. Arthrite subaiguë du coude droit, vésicatoire. Solution de nitrate d'argent sur les plaques de la vulve.

8 octobre. Il reste une grosse plaque hypertrophique de la face externe de la grande lèvre gauche. On la touche au thermo-cautère.

Le 22. La plaque cautérisée est affaissée mais pas encore cicatrisée.

4 novembre. Plaque cicatrisée. Exeat.

Obs. VI. — C. Marie, 18 ans, plumassière.

Entre dans le service du Dr Leblond le 4 juillet 1885, pour syphilides papuleuses de la vulve, éruption papuleuse du tronc et des membres, angine spécifique.

Bains sublimé, 1 pilule protoiodure.

Le 19. Badigeonnage au nitrate d'argent sur la vulve.

Le 25. Badigeonnage au nitrate d'argent sur la vulve.

Le 28. Stomatite, on supprime le protoiodure. Chlorate de potasse, 2 grammes.

28 septembre. Grosses papules hypertrophiques. Solution nitrate d'argent. Frictions mercurielles, bains sublimé.

11 février. Malgré l'intensité du traitement mercuriel les papules n'ont pas diminué de grosseur, elles sont dures, cartilagineuses, elles occupent la face interne des deux grandes lèvres, et forment une large saillie. On les touche au thermo-cautère,

Le 28. Les plaques cautérisées sont presque cicatrisées.

2 mars. Les plaques sont cicatrisées, il reste encore sur la peau des taches de syphilides papuleuses.

20 juillet. Exeat.

Obs. VII. — Marguerite, 21 ans, domestique.

Entrée dans le service du Dr Leblond, le 9 novembre 1885, pour des plaques hypertrophiques de la vulve et de l'anus (bourrelet très saillant au pourtour de l'anus).

C'est le 2e séjour de la malade à St-Lazare dont elle est sortie le 8 octobre, elle avait lors de ce premier séjour des syphilides érosives de la vulve.

Trait. : Solution de nitrate d'argent sur la vulve et l'anus, frictions mercurielles.

Le 12. Même traitement. Nitrate d'argent.

6 janvier 1886. Les plaques péri-anales deviennent végétantes : poudre d'iodoforme.

Le 20. Cautérisation des plaques péri-anales au thermo-cautère. Iodoforme.

Le 26. La douleur a presque disparu, les plaques se sont affaissées et se cicatrisent. Iodoforme KI, 2 gr.

Le 28. Les plaques péri-anales sont presque cicatrisées, un point cautérisé sur la peau en dehors de la plaque est encore ulcéré. Poudre d'iodoforme.

2 février. Les plaques sont cicatrisées, sauf un point.

Le 19. On touche au nitrate d'argent le point non cicatrisé.

Le 23. La cicatrisation se fait.

Le 26. Vagin un peu rouge. Tannin. Exeat.

Obs. VIII. — Jeanne M..., 23 ans, domestique. Entre dans le service du Dr Leblond le 10 septembre 1885, pour des papules muqueuses génitales. Premier séjour à Saint-Lazare.

Soins de propreté. 1 pilule de protoiodure.

15 septembre. Règles en avance de 8 jours.

Le 24. On touche les papules avec la solution de nitrate d'argent. Même état.

6 octobre. Pas de modification.

Le 8. On touche au thermo-cautère la papule hypertrophique de la grande lèvre gauche.

Le 17. La plaque touchée à gauche est presque cicatrisée, à droite, il existe 2 plaques qui n'ont pas encore été touchées et qui ne se cicatrisent pas. On les cautérise au thermo-cautère.

Le 28. Toutes les plaques sont affaissées. Règles régulières.

5 novembre. Vagin un peu rouge. Uréthrite. Poudre de tan. In-

jections au permanganate de potasse. Guérison complète des syphilides.

Le 12. Exeat.

Obs. IX. — Marie M... 18 ans, domestique. Entrée dans le service du Dr Leblond, le 20 janvier 1886, pour des plaques muqueuses de la gorge et de la vulve (végétantes à la vulve).

1er séjour à St-Lazare.

1 pil. protoïodure. KI, 2 gr. Glycérine resorcinée sur la gorge.

Le 26. Règles en avance de 4 jours.

8 février. Pas d'affaissement des plaques végétantes. On les touche au thermo-cautère. Pansement iodoformé.

Le 18. La cicatrisation se fait énergiquement.

Le 26. règles régulières.

2 mars. Les plaques sont guéries.

Le 11. Vaginite avec mucus abondant, poudre de tan.

Le 16. Exeat.

Dans l'obs. IV, nous voyons le traitement par les pilules de protoiodure, les soins de propreté puis les badigeonnages à la solution de nitrate d'argent rester impuissant du 7 juin au 16 juillet contre des plaques hypertrophiées. Le 16 juillet on pratique la cautérisation au thermo-cautère et le 31 juillet la malade sort complètement guérie.

L'obs. V nous fait assister à 2 poussées de syphilides se superposant malgré le traitement. Ce traitement varié, puisqu'on passe des pilules de protoiodure aux frictions mercurielles, dure du 25 juillet au 8 octobre. Il est vrai qu'à ce moment la plupart des lésions ont disparu, mais il reste une grosse plaque hypertrophique qui semble indestructible, on la cautérise au thermo-cautère ; le 4 novembre, c'est-à-dire 24 jours après, la malade peut sortir complètement guérie.

Dans l'obs. VI on donne au traitement mercuriel une intensité extrême, on l'emploie sous toutes les formes jusqu'à production de stomatite. Bien que commencé le 4 juillet, le 11 février de l'année suivante, c'est-à-dire au bout de 7 mois, il reste encore des papules hypertrophiques. On les touche

alors au thermo-cautère et le 2 mars, c'est-à-dire moins de 20 jours après, toutes les lésions sont complètement cicatrisées et la peau a repris, à part sa coloration, toutes ses qualités habituelles.

L'observation suivante n'est pas moins concluante, des hypertrophies traitées vainement depuis 50 jours sont guéries dix jours après la cautérisation, et chose singulière, pendant que la cicatrisation des plaques était opérée, un point de peau saine brûlé par inadvertance, restait ulcéré et ne se cicatrisait que 15 jours plus tard.

Les obs. III et VIII dans lesquelles une partie des plaques seulement ont été cautérisées, les autres restant comme plaques témoins, nous montrent les plaques cautérisées guéries dans les délais ordinaires de 10 à 20 jours, tandis que les plaques laissées de côté ne se modifiaient pas sensiblement malgré la continuation du traitement interne, les plaques témoins, touchées à leur tour, étaient complètement guéries au bout de 20 jours.

Tels sont les cas que nous avons recueillis; nous ferons remarquer que chez toutes les malades la lésion existait depuis un certain temps et que c'est en raison de sa résistance au traitement ordinaire que nous avons employé le thermo-cautère. Ce traitement externe ne nous a jamais fait négliger la médication interne et nous avons toujours tenu à ce qu'aucun moment du séjour forcé des malades ne fut perdu pour l'administration des médicaments diathésiques, puisqu'il est reconnu, en général, que, plus le mercure est administré pendant longtemps, plus le malade a de chances d'échapper à de nouvelles manifestations de la syphilis.

Nous dirons même que nous avons vu là une objection à notre méthode, il est en effet évident que nous abrégeons le séjour des syphilitiques à St-Lazare, ne devions-nous pas plutôt respecter cette lésion cutanée qui nous donnait un prétexte suffisant pour retenir quelques mois de plus la malade à l'hôpital ? Toutes réflexions faites, il nous a semblé qu'en agissant ainsi nous outrepasserions nos droits, car

nous ne pouvons, en nous basant sur des données purement théoriques, abuser pendant des mois de la liberté de gens qu'aucune loi n'a condamnés à la prison. On nous les envoie pour certaines lésions, notre devoir strict est de guérir ces lésions, s'il s'en produit d'autres, ils nous seront renvoyés ou ils reviendront d'eux-mêmes, car si la 2e section de St-Lazare possédait une consultation externe où toute femme put se présenter sans crainte d'être retenue malgré elle, il n'est pas douteux que la plupart des sortantes reviendraient demander des soins aussitôt qu'elles se croiraient malades plutôt que d'attendre leur arrestation à la suite de la visite du dispensaire et leur traitement forcé.

Mais tout cela entraînerait un remaniement complet du système policier, une constitution plus libérale des services médicaux ouverts dans certaines conditions à établir, et surtout l'installation d'une consultation externe. C'est trop demander pour le moment.

On peut nous objecter aussi que, du moment où les plaques hypertrophiques sont sèches, elles ne présentent aucun danger de contagion et que, par conséquent, nous devrions dès ce moment renvoyer les malades. Mais ce dessèchement de l'hypertrophie n'est pas une guérison réelle, car ces plaques redeviennent facilement humides dès que les soins de propreté cessent d'être scrupuleusement donnés, et la femme reste un danger pour ceux qui s'exposent à son contact. L'expérience nous a montré que l'affaissement complet de la plaque ne permet plus le retour aussi facile d'une lésion suintante, et comme il n'y a plus alors de sécrétion irritante, les récidives dans le voisinage sont aussi moins fréquentes, de sorte que la guérison complète d'une lésion devient une sorte de garantie d'amélioration définitive.

Jamais notre procédé n'a donné de cicatrices apparentes, je n'ai cité qu'un petit nombre d'observations et je les ai prises au hasard, j'ai pu en dépouiller beaucoup plus prises par le Dr Leblond, et nulle part je n'ai trouvé mention du moindre accident.

La guérison définitive n'a jamais demandé plus de 10 à 20 jours, en moyenne 18.

Le chloroforme a été généralement employé, on pourrait nous reprocher ce moyen qui expose la vie des malades pour arriver à guérir une lésion qui n'a rien de mortel, mais nous nous entourons toujours de toutes les précautions qui atténuent les dangers de l'anesthésique, et nous croyons que chaque fois que nous avons employé notre procédé nous avons rendu à la patiente un service qui compense largement les dangers que le chloroforme a pu lui faire courir. Notre intervention lui procure toujours plusieurs semaines de liberté, une guérison plus complète et, par conséquent, protège en partie ses clients contre les chances de prendre la syphilis. Cette dernière considération seule prend une telle importance de nos jours où la syphilis est si fréquente que, même, si nous n'avions pas d'autre bonne raison, elle suffirait à excuser notre tentative de suppression radicale d'une lésion si dangereuse au point de vue de la contagion.

En définitive, nous croyons avoir établi que la plaque muqueuse fortement hypertrophique, formée d'un tissu organisé, dur, presque scléreux, et, par cette organisation, capable de résister pendant des mois au traitement ordinaire, est justiciable d'uue intervention locale énergique. L'agent qui nous a donné les résultats les plus décisifs et les plus rapides, étant le thermo-cautère, qui, d'un autre côté, ne nous a jamais causé d'accidents, nous pensons que son emploi est légitime dans le milieu où l'on observe ces lésions : Lourcine et surtout St-Lazare. Nous n'avons jamais songé à préconiser l'emploi du fer rouge dans la clientèle ordinaire où les moyens indiqués par le Pr Fournier sont toujours suffisants. Enfin la cautérisation ignée n'empêchera jamais l'administration du traitement spécifique interne dont elle ne sera que l'adjuvant réservé pour les cas exceptionnels.

---

# REVUE CLINIQUE

## NOTE SUR UN DEUXIÈME CAS DE BASIOTRIPSIE

Par M. Marta (de Venise).

Dans la nuit du 24 décembre 1887 je fus appelé à l'aide d'un de mes collègues près d'une femme en travail depuis deux jours. La patiente, P. L., née F. de Venise, âgée de 23 ans, primipare, était parvenue au terme régulier de sa grossesse, et avait perdu prématurément les eaux.

C'était une femme de petite taille, d'une constitution frêle, d'aspect rachitique, qui avait les tibias et les fémurs en parenthèse et une forte dépression au sacrum. A mon arrivée je la trouvai un peu abattue ; les parties génitales était légèrement tuméfiées, et il y avait une courte déchirure au périnée.

Le bassin était plat et rachitique : diamètre promonto-sous-pubien 8 centim. ; diamètre minimum 6,3 à 6,7 centimètres à peu près. Présentation du sommet, au détroit supérieur, en OA ; le fœtus était mort depuis quelques heures ; le cordon procident au deuxième degré ne battait plus et était flétri. Mon collègue avait fait des tentatives infructueuses d'extraction à l'aide du forceps, et quoique la préhension fut ferme chaque fois, et les tractions assez énergiques et soutenues, il n'était pas parvenu à abaisser la tête d'un centimètre. Il me rapporta en outre qu'à la première application il avait rencontré une certaine difficulté dans l'articulation des branches. Par conséquent je fus d'avis, que la position OA, que je notais à mon examen, était arrivée à la suite de l'effort d'approchement des branches et encore plus des fortes tractions de mon collègue ; à l'origine il devait s'agir d'une position OILS.

D'après le rapport de mon collègue et l'examen que j'avais fait, convaincu que nous avions devant nous un grand cas

de bassin vicié, et à cause des conditions misérables de la famille, je conseillai de la conduire à l'hôpital.

Mais comme on ne voulut pas suivre mon conseil, je demandai l'intervention d'un autre collègue pour l'anesthésie et je passai sans plus tarder à l'application du basiotribe de M. Tarnier.

L'application en fut facile ; le petit broiement de même ; le grand broiement exigea l'emploi d'une certaine force, et, sous l'action pressante de l'instrument, j'obtins bientôt l'écrasement des os du crâne et l'expulsion complète de la substance cérébrale. Par de légères tractions et sans difficulté j'amenai à la vulve la tête broyée. Mais les épaules empêchèrent la descente du tronc. Ayant remarqué que par les tractions le cou s'allongeait, j'ôtai l'instrument, et me souvenant de la manœuvre de Ribemont-Dessaignes j'allai à la recherche du bras gauche. L'ayant porté au dehors des parties génitales, j'exerçai sur ce bras quelques tractions ; mais je dus presque aussitôt cesser car le bras semblait se détacher. Je dégageai l'autre bras que je portai à l'extérieur au moyen du crochet mousse, que j'avais passé sous l'aisselle. Les tractions sur ce bras n'amenèrent pas de meilleurs résultats, et je m'aperçus que la tête avait remonté. Aussi ne me restait-il d'autre moyen que d'essayer le version rendue difficile par la forte rétraction de la matrice, et parce que la tête qui avait remonté, et la saillie proéminente du promontoire formaient un obstacle au passage de la main. Malgré cela ayant poussé l'anesthésie à la période chirurgicale, je parvins à saisir le creux poplité avec deux doigts de la main gauche ; mais comme je n'avais pas la force de baisser le membre j'y passai le crochet mousse, et j'atteignis aisément mon but.

Avec peu de tractions je pus accomplir l'extraction de l'enfant qui pesait 3400 gr. sans la matière cérébrale.

La délivrance suivit de peu la sortie du fœtus. L'opération dura 40 minutes, mais la femme qui avait mal enduré la chloroformisation demeura dans un état de collapsus, de sorte

que les fortes doses d'éther, d'alcool et d'autres stimulants ne servirent pas beaucoup à la remonter.

Le jour suivant elle sembla reprendre ses forces, et en effet le pouls battait plus fortement, quoique toujours déprimé et filiforme. Elle urina toute seule sans effort et sans malaise, les lochies coulaient régulièrement. Le troisième pour elle retomba dans le collapsus et mourut en quelques heures.

Je dois ajouter que, excepté une petite déchirure au périnée que j'ai mentionnée et qui fut soigneusement suturée, je n'ai pu reconnaître aucune autre lésion au canal génital.

Avant de commencer la basiotripsie j'avais désinfecté avec soin les parties génitales ; mais celles-ci avaient subi antérieurement un traumatisme et ne se trouvaient certainement pas en état aseptique.

Cette note clinique n'a d'autre but que de faire connaître le bon service que m'a rendu le basiotribe de M. Tarnier, soit pour son application facile, soit pour la force de la préhension. C'était la deuxième fois que je m'en servais ; j'ai parlé de la première fois où je l'avais appliqué avec un bon résultat dans ce même journal, au fascicule du mois d'avril de l'année dernière.

Quant à l'essai manqué de l'extraction par des tractions sur les bras dégagés, je ne puis pas dire que la manœuvre de Ribemont-Dessaignes n'ait pas atteint son but ; il me semble en effet que Ribemont conseille de tirer à la fois sur les bras et sur la tête (après qu'elle a franchi la vulve) toujours saisie par l'instrument. Dans mon cas, la tête n'avait pas franchi l'anneau vulvaire et je dus enlever l'instrument de sorte que j'ai exercé en vain la traction d'abord sur un bras et après sur l'autre. J'aurais dû plutôt dire la manœuvre de Bailly qui n'admet pas, ce me semble, la condition que la tête ait franchi la vulve ; c'est au moins ce qui résulte de l'observation insérée dans la *Gazette des hôpitaux*, 11 décembre 1883, p. 1132 et dans les *Annales de gynécologie*, fascicule novembre 1887, p. 346.

Si le résultat de mon opération n'a pas été tel que je l'aurais désiré, cela m'empêche pas que l'instrument de M. Tarnier ne m'ait rendu de bons services, et que je ne sois toujours disposé à m'en servir avec confiance à l'avenir.

Si l'application du basiotribe n'avait pas été précédée d'autres tentatives, je n'ai nul doute que j'aurais ajouté un nouveau triomphe à la basiotripsie de M. Tarnier.

C'est la deuxième fois, ainsi que je l'ai dit, que je me suis servi de cet instrument, et je prends note de cela avec satisfaction d'autant plus que j'ai été le premier dans les provinces de la Vénétie et sans doute l'un des premiers en Italie qui aie employé le basiotribe aussi bien que le forceps à aiguille de M. Tarnier.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 20 mai 1888.*

CORNIL, au nom de M. F. Widal, donne communication du travail suivant que nous résumons.

**Note sur l'identité des différentes formes de l'infection puerpérale** — Cette communication est basée sur les résultats fournis par des recherches bactériologiques qui ont porté sur des tissus normaux ou pathologiques, provenant de femmes qui avaient succombé à des formes différentes de l'infection puerpérale (forme septicémique vraie, sans la moindre trace de pus malgré les autopsies les plus minutieuses ; forme diphtéritique). Or, dans tous les cas, quel que fût le tissu ensemencé (tissu de l'utérus, du rein, du foie ; fausses membranes ; caillots fibrineux), on parvint à isoler un organisme toujours le même, celui que Pasteur a, le premier, reconnu dans le pus de l'infection purulente, et que plus tard Ogston et Rosenbach ont retrouvé dans le pus de la pyohémie chirurgicale (*streptococcus pyogenes*), micro-organisme en chaînettes sinueuses, plus ou moins longues. Ainsi le même microbe, le *streptococcus pyogenes*, peut

infecter les femmes en couches, soit en produisant des suppurations (forme pyogénique), soit en infiltrant les tissus sans amener la moindre réaction histologique (forme septicémique pure), soit en déterminant l'apparition de fausses membranes fibrineuses (forme diphtérique), ou la formation de caillots fibrineux dans les veines (phlébite) ».

De plus, des examens microscopiques et des recherches bactériologiques, il résulte que ce micro-organisme de l'infection puerpérale et celui que Fehlensein a décrit comme spécial à l'infection érysipélateuse sont morphologiquement identiques et qu'ils ont mêmes conditions de développement et mêmes formes de culture. Les différences qu'on leur a attribuées sont tout à fait contingentes, ne tiennent qu'à des circonstances purement accidentelles (qualité du terrain, degré de la température). L'opinion émise par Felhensein que l'inoculation dans l'oreille des lapins fournirait un caractère de différenciation, est infirmée par les expériences de Doyen, et par les propres observations de l'auteur.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes.

1° Entre le streptocoque de l'infection puerpérale et celui de l'érysipèle, il n'existe jusqu'à présent aucun caractère distinctif ; et, dans l'état actuel de la science, il serait impossible à un expérimentateur de distinguer l'un ou l'autre de ces organismes.

2° Le streptococcus pyogenes suffit à produire différentes formes de l'infection puerpérale et le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est un des points les plus intéressants de son histoire. C'est par exception qu'un microbe différent du streptocoque, trouvant une porte d'entrée dans la plaie utérine ou vaginale, peut déterminer une infection chez la nouvelle accouchée. Depuis plus d'une année nous étudions les microbes rencontrés à l'autopsie des femmes mortes de fièvre puerpérale, et dans un cas seulement à forme hyperpyrétique, n'ayant pas trouvé le streptocoque, nous avons isolé des organes à l'état de pureté un bâtonnet. Cet organisme très virulent pour les animaux et déterminant chez eux des suppurations rapides et étendues sera décrit ailleurs.

Cette communication a donné lieu à une discussion importante, qu'en raison de sa longueur il nous est impossible de rappeler ici. Y sont intervenus : PETER, CORNIL, VERNEUIL, GUÉNIOT, SIREDEY, HARDY, HERVIEUX, CHARPENTIER, BROUARDEL, ARLOING, Alph. GUÉRIN, F. WIDAL. On trouvera le compte rendu dans le *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1888, nos 22, 23, 24, 26.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du* 10 *mai* 1888 (*Suite*).

Loviot communique 4 observations dans lesquelles il a pu, soit par des manœuvres vagino-abdominales soit par des manœuvres externes proprement dites, transformer des présentations du siège, plus ou moins engagé, en présentation du sommet.

Obs. I. — **Présentation du siège engagé. — Chloroforme. — Rétropulsion du siège par manœuvres vagino-abdominales.** — Le cas est relatif à une femme âgée de 32 ans, *primipare*, qui présentait quelques traces de rachitisme. Diam. PSP. = 11 centim. Un mois environ avant le terme supposé de la grossesse, on constata que le fœtus venait en présentation pelvienne, SID ; on essaya, mais sans succès, de transformer la présentation en présentation du sommet. C'est en présence de cet insuccès, que Budin autorisa son chef de clinique à tenter cette transformation à l'aide des manœuvres vagino-abdominales. « La femme ayant été soumise à l'anesthésie complète et mise en position obstétricale, la main gauche introduite toute entière dans le vagin fit remonter le siège au-dessus du détroit supérieur avec la plus grande facilité. Celui-ci fut alors confié à un aide qui l'empauma et le dirigea obliquement de gauche à droite et d'avant en arrière, tandis que notre main droite, saisissant la tête, lui communiquait une impulsion inverse, c'est-à-dire de haut en bas et d'arrière en avant. La version céphalique fut exécutée aussi très rapidement, et *la position droite du siège transformée en gauche du sommet* ».

Un mois après environ, l'accouchement s'effectuait spontanément. Expulsion d'un enfant en OIDP., réduite.

Poids de l'enfant, 2160 gr. Poids du placenta, 290 gr.

Obs. II. — **Présentation du siège engagé. — Chloroforme. — Rétropulsion du siège par manœuvres vagino-abdominales.** — Il s'agissait ici d'une femme *secondipare*, âgée de 24 ans. Premier accouchement spontané, à terme, enfant vivant. Quand la femme fut admise à l'hôpital, elle ressentait déjà quelques douleurs. Cependant à l'examen, on constata que le col avait toute sa longueur, et que l'enfant se présentait en SIDA. L'extrémité pelvienne, profondé-

ment engagée, était descendue jusqu'aux épines sciatiques. Le promontoire était accessible.

Le lendemain, la femme ayant été endormie et après toutes les présentations nécessaires (la veille, un lavement; injection vaginale antiseptique, au moment de l'opération, cathétérisme de la vessie), les mêmes tentatives de substitution d'une présentation du sommet à la présentation pelvienne, furent répétées. « Nous introduisons la main gauche tout entière dans le vagin, abaissante le coude de plus en plus à mesure que nous pénétrons davantage dans l'excavation. La région fœtale rétropulsée cède la place à notre main avec la plus grande facilité. *Nous avions eu soin de maintenir le fond de l'utérus avec la main droite, précaution qu'il ne faut pas oublier* ».

Mais, il fut impossible, en raison sans doute de la contraction utérine qui continua à s'exercer malgré le chloroforme, d'opérer la version céphalique. Une heure et demie environ après l'exécution de ces manœuvres, le travail se terminait spontanément, par la naissance d'un enfant, en O.I.D.A., qui pesait 3100 gr. Délivrance normale.

Obs. III.—**Présentation du siège.—Chloroforme.—Version par manœuvres externes.**—Le sujet de l'observation est une femme âgée de 36 ans, VII pare. Les 6 accouchements antérieurs, ont eu lieu spontanément à terme, dans tous les cas les enfants sont venus par le sommet. Cette fois, à 8 mois environ de grossesse, on constate que l'enfent vient par le siège, position S.I.D. et que l'extrémité pelvienne proémine légèrement dans l'excavation. Le promontoir est accessible. Les tentatives de transformation de la présentation au moyen des manœuvres externes, sont suivies d'insuccès. Mais les mêmes manœuvres pratiquées, la femme étant dans l'anesthésie chloroformique complète, réussissent. Accouchement un mois plus tard, d'un enfant qui vient par le sommet et qui pèse 3050 gr. Délivrance normale.

Obs. IV.— Il s'agit aussi dans ce cas, d'une femme multipare, dont les accouchements ont eu lieu spontanément à terme. On constata que le fœtus se présentait par le siège, en position S.I.G.A. La partie fœtale ne proéminait que faiblement dans l'excavation. Ce ne fut pourtant qu'après des tentatives réitérées qu'on parvint, au moyen des manœuvres externes, à opérer la version. Mais, quelques jours plus tard, la présentation pelvienne s'étant

reproduite, les mêmes manœuvres échouèrent. La femme ayant été complètement endormie, elles furent renouvelées et cette fois réussirent.

On appliqua la ceinture eutocique pour maintenir la réduction. Quelques jours plus tard, la femme, ayant perdu les eaux, on s'aperçoit que la présentation primitive s'est reproduite, mais que cette fois le siège « proémine notablement » dans l'excavation. La femme ayant été de nouveau chloroformée jusqu'à résolution complète, on réussit, mais non sans difficulté, par les seules manœuvres externes, à rétablir la présentation du sommet. Deux jours après, expulsion d'un enfant en présentation du sommet, O.I.G.A. du poids de 2440 gr. Délivrance normale.

Auvard. — **Du mécanisme de la sortie des épaules.** Les observations de cette communication, sont basées sur le fait suivant : « Pénétré des principes classiques, et me fiant à la parole des maîtres, je fus, le 15 août 1887, très surpris et vivement intéressé d'observer chez une jeune femme, *secondipare*, à terme, le mécanisme suivant : la tête qui se présentait en O.I.G.A. étant sortie naturellement, je la soutins en la relevant peut-être un peu plus qu'on a coutume de le faire ; la rotation s'exécuta normalement, et pendant que je maintenais la tête, sans pratiquer aucune espèce de traction, par conséquent sous l'impulsion seule des muscles utérins et abdominaux, je vis, *avant que l'épaule antérieure n'eût apparu à la vulve*, l'épaule postérieure franchir le périnée, se dégager complètement, et alors seulement l'épaule antérieure opérer sa sortie. Pendant tout le temps de la sortie de l'épaule postérieure, l'arcade pelvienne était restée en rapport avec le sillon d'union du cou et de l'épaule, il s'était accompli en ce point un mouvement de charnière analogue à celui qui se passe à la jonction du cou et de l'occiput pendant le dégagement de la tête.

Dans ce cas il y avait eu dégagement primitif de l'épaule postérieure, non comme dans le mécanisme invoqué par Cazeaux, après apparition préalable de l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne, mais *avant cette apparition*. C'était donc bien sans contestation possible un dégagement des épaules se faisant d'abord par la sortie complète de l'épaule postérieure, puis par celle de l'épaule antérieure ».

Depuis, l'auteur a rassemblé de nouvelles observations. Et

après analyse de 50 faits et abstraction de ceux dans lesquels une circonstance quelconque (tractions intempestives, rotation incomplète des épaules, etc.), a pu modifier le mécanisme normal, il est arrivé à la proportion de 9 cas de dégagement primitif de l'épaule postérieure contre 6 cas de dégagement primitif de l'épaule antérieure : 9/6.

D'où la conclusion : *le dégagement primitif de l'épaule postérieure est le mécanisme normal et celui de l'épaule antérieure l'anormal.*

Mais ce mécanisme n'aura lieu qu'aux trois conditions suivantes :

1° Qu'on soutienne la tête dès sa sortie pour empêcher l'action de la pesanteur.

2° Que la rotation complète des épaules ait lieu, plaçant leur grand axe dans le sens du diamètre antéro-potérieur. (A défaut de cette condition, l'épaule antérieure ne s'accrochant plus en arrière de la symphyse pubienne, peut se dégager la première.)

3° Qu'on abandonne l'expulsion aux seules forces de la nature.

*Discussion.* — CHARPENTIER se rallie complètement à l'opinion émise par Auvard. Comme lui, il a constaté que si l'on se borne à soutenir la tête, c'est l'épaule postérieure qui se dégage la première. Par contre, Loviot reste avec les classiques, et exprime l'avis que, si l'épaule postérieure se dégage la première, c'est parce qu'on soulève trop la tête fœtale et qu'on empêche ainsi le dégagement, en avant du pubis, de l'épaule antérieure.

POLAILLON. — Dans la séance du 12 avril, l'auteur avait présenté un **utérus cancéreux**, qu'il avait enlevé le matin même par l'hystérectomie vaginale. L'opération avait été rendue passablement laborieuse par le volume anormal de la matrice, du fait d'un fibrome; gros comme une mandarine et inséré sur le fond de l'organe. Les pinces qui, au nombre de 6 avaient été appliquées sur les ligaments larges, furent enlevées au bout de 48 heures. Suites opératoires très simples. Sauf le 2e jour, où elle monta à 40°, la température oscilla autour du chiffre normal jusqu'à la guérison. 27 jours après l'intervention, la malade quittait l'hôpital.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 25 janvier 1888.*

*Présentations* : Pozzi. — **Hémato-salpingite suppurée.** Les annexes de l'utérus ont été enlevées. La trompe gauche présente une dilatation kystique environ du volume de deux poings. Ce kyste contient encore des caillots ; toute la surface est tomenteuse, ses parois épaisses en certains points, très minces en d'autres, notamment en arrière, où existe une perforation par où le liquide de l'hémato-salpingite suppurée s'était évacué dans le rectum 8 jours avant l'opération. A la suite de cette évacuation la poche s'était de nouveau remplie. La trompe et l'ovaire droits sont atteints de lésions peu avancées. *Suites opératoires parfaites* ; depuis 3 jours que l'opération est faite la température n'a pas dépassé 37°.

Marchand lit un rapport sur un travail adressé à la Société par Jeannel (Toulouse), ayant pour titre : **contribution à la question de l'influence du traumatisme sur la grossesse** (observations et expériences).

Observation. — Une femme âgée de 20 ans, au 5e mois de la grossesse subit un traumatisme énorme, compliqué de délabrements si étendus (écrasement, arrachement), que la désarticulation immédiate de l'avant-bras est jugée nécessaire, et pratiquée quelques heures après, le 30 août. Dans la nuit qui suit, quelques douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, qui sont calmées par du laudanum donné en lavement. Il se forme ensuite, au niveau du cul-de-sac olécrânien un abcès qui s'accompagne d'une réaction fébrile modérée 38°, 2 (T. *maxima*), et qui est ouvert le 5 septembre. Le 10 septembre, nouvelle élévation thermique 38°, qui coïncide avec du gonflement du bras et l'apparition, le 11 septembre, d'un érythème. Le 28 septembre, la femme était complètement guérie.

En résumé : *traumatisme* (accidentel et chirurgical) *intense*, mais *fièvre consécutive modérée*, et bien qu'il se soit produit de la suppuration et une détermination cutanée érythémateuse, *continuation régulière de la grossesse.*

Pour M Jeannel il y a dans cette observation la preuve de cette opinion, soutenue en particulier par Verneuil, que *l'action abortive n'appartient pas au traumatisme, mais à la fièvre traumatique consécutive au trauma.* Il a institué des expériences dans le but de faire cette démonstration d'une manière plus complète.

Ainsi, il a fait à une chienne de 5 ans, pleine d'environ 1 mois et demi à 2 mois, d'abord des injections sous-cutanées d'un liquide putride. Mais sauf un peu de gonflement au niveau des points d'inoculations, et quelques frissons douteux, le résultat de ces injections a été nul. Il a eu recours alors à une injection intra-veineuse de ce même liquide putride (macération dans l'eau pendant 4 jours d'un morceau de tissu pulmonaire gorgé de sang). Le lendemain la chienne présentant de l'abattement, de la prostration : « *Il y a évidemment, dit l'auteur, de la fièvre pendant la nuit, comme c'est, du reste, la règle après pareille injection.*

L'animal avortait dans la matinée de 12 petits qui meurent successivement et viennent morts. Le lendemain il était bien portant, sans fièvre ni péritonite, mangeait de bon appétit ; de même, le jour suivant.

M. Jeannel conclut de cette expérience que, puisqu'il a suffi d'une seule introduction dans le sang d'une dose du pyrogène pour déterminer l'avortement, c'est la fièvre septique primitive ou simple qui a l'influence abortive. D'où, l'on ne saurait mettre en cause ici la septicémie aiguë telle qu'on l'entend dans le sens grave du mot. De même, ajoute-t-il, il n'est pas besoin que les blessées soient septicémiques, il suffit qu'elles aient la fièvre traumatique, c'est pourquoi *ce sont les premiers jours du trauma qui constituent la période périlleuse.*

Le rapporteur critique la signification que l'auteur du travail a accordée à son observation et à ses expériences.

En ce qui concerne l'observation, il paraît fort difficile par exemple d'invoquer une fièvre traumatique simple. Les élévations thermiques, le fait de la suppuration, l'érythème, bénin il est vrai, mais compliqué de quelque réaction fébrile, ne permettent guère de douter que la blessée en question n'ait eu une véritable fièvre traumatique de nature septicémique ; et pourtant la grossesse a continué. Contrairement à l'opinion émise par l'auteur du travail, il serait plus exact de dire « que la fièvre traumatique permet à la grossesse de continuer, que les premiers jours du trauma ne constituent point la période périlleuse, en général, et que les septicémies graves ou la pyohémie jouissent d'une influence bien autrement pernicieuse que la fièvre primitive ».

Quant à la démonstration expérimentale elle est passible d'objections sérieuses. *a*) Le fait qu'on n'a pas pris la température de

l'animal en expérience, ne permet pas d'affirmer qu'il n'a pas eu de fièvre à la suite des injections sous-cutanées. *b*) L'état fébrile, affirmé après l'injection intra-veineuse, peut-il être, indiscutablement, rapporté à l'introduction des éléments putrides du sang. Évidemment non. Puisque, Sricker et Bergmann ont prouvé que l'injection intra-veineuse d'eau distillée, pouvait être accompagnée d'une réaction analogue. Les conditions excellentes dans lesquelles était la chienne le lendemain de l'avortement, parlent dans le même sens. Le rapporteur relate ensuite une observation personnelle qui démontre que *la fièvre traumatique primitive reste sans résultat fâcheux sur la marche de la grossesse.*

*Discussion :* Terrier fait remarquer que, dans les observations dont il a été question, il ne saurait admettre qu'il y ait eu fièvre traumatique, mais qu'il s'est agi de fièvre infectieuse avec suppuration. Elles prouvent en conséquence que, dans ces fièvres avec suppuration, une femme enceinte peut ne pas avorter. De toutes manières, la dénomination de fièvre traumatique appliquée aux cas de ce genre est absolument impropre. Marchand répond que c'est là précisément l'idée qu'il a soutenue dans son rapport. Pour lui, contrairement à l'affirmation de Volkmann, la fièvre traumatique primitive est de nature septicémique. (Bullet. et mém. de la Soc. de chirurgie, n° 2, mars 1888.)

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

*Séance du* 24 *février* 1888.

*Présentations :* Englander. — Pièces de **pyosalpingite suppurée double, enlevées** par Martin. Elles proviennent d'une femme de 33 ans, qui depuis 6 ans souffrait de violentes douleurs abdominales et dont les forces avaient tellement décliné qu'elle se tenait à peine debout. A l'examen on constata les particularités suivantes : L'utérus, normal, était repoussé à droite, par une tumeur, du volume d'une tête d'enfant, qui remplissait la moitié gauche du petit bassin. De cette tumeur semblait partir un cordon, de l'épaisseur du doigt, qui se dirigeait à droite, et arrivait au voisinage de l'ovaire droit, lequel était nettement mobile, indolent, et à proximité de l'utérus. *Diagnostic :* tumeur tubo-

ovarique, de nature inflammatoire, développée à gauche, et ayant contracté de solides adhérences dans le petit bassin.

*Laparotomie et extirpation des annexes des deux côtés.* — L'intervention fut rendue singulièrement difficile par le nombre et l'étendue des adhérences. En dépit des précautions prises, le décollement des organes malades, s'accompagna de deux lésions de la paroi intestinale, l'une n'atteignant pas la muqueuse. L'autre, complète, qui se produisit au niveau du rectum, fut suivie de l'irruption d'une certaine quantité de matières fécales dans le ventre. En outre, la trompe droite qui, en réalité, constituait le cordon épais qu'on avait reconnu à l'examen, se rompit et il s'écoula également du pus dans l'abdomen.

La plaie du gros intestin fut fermée au moyen de deux sutures, continuées au catgut, l'une profonde comprenant toute l'épaisseur de la paroi, l'autre superficielle, effectuant l'adossement séreuse contre séreuse. Le petit bassin fut soigneusement nettoyé et l'on plaça un drain qui allait du cul-de-sac de Douglas au vagin.

*Suites opératoires.* — La convalescence, malgré les difficultés et les incidents fâcheux de l'intervention, fut régulière. Le pouls et la température furent constamment normaux. A partir du 3e jour, il y eut émission de gaz par l'anus. Mais, le 7e jour, il sortit par le tube à drainage une grande quantité de matières fécales. Une des lésions intestinales n'était donc pas complètement guérie, mais la quantité des matières écoulées par le drain alla en diminuant jusqu'au 14e jour, où il se produisit une garde-robe normale. A partir de ce moment les selles devinrent régulières. Le drain fut retiré le 19e jour, et l'opérée put quitter l'hôpital.

Winter. — *a*). Pièces anatomiques provenant d'une femme morte de septicémie puerpérale, le 15e jour après un accouchement particulièrement laborieux. Quand la femme entra à l'hôpital, il y avait déjà deux jours qu'elle avait des douleurs faibles et espacées. Après son entrée, les eaux s'écoulèrent et à ce moment la dilatation était de la largeur de la paume de la main. Mais la tête continua à rester élevée. Et comme après une longue abstention (28 heures!), il commençait à se manifester des signes de tympanite utérine et des phénomènes pyrétiques, on pratiqua, sur l'enfant mort, la perforation du crâne. Suites de couches fébriles. Infection grave. Mort le 15e jour.

*Autopsie.* — Elle fournit les résultats suivants : Bassin simplement aplati, diam. antéro-postérieur (*conj-vera*), 8 centim., diam. transverse correspondant, 14 centim. Les modifications anatomo-pathologiques correspondaient à un processus mixte de septicémie et de pyohémie (hypertrophie de la rate, infarctus suppurés dans les poumons et dans la rate, entérite, phlébite thrombosique). Au col, points de gangrène au niveau de la paroi antérieure et postérieure. Du côté de la vessie, en arrière, points de gangrène avec chute partielle des tissus nécrosés, en sorte qu'il existait déjà une communication entre le col et la vessie. Mais, lésion plus rare et sur laquelle Winter attire plus spécialement l'attention, la vessie présente, au niveau de sa paroi antérieure, en un point symétrique du foyer de sphacèle postérieur, une autre zone de mortification. Si la malade eût vécu, la chute de l'eschare à ce niveau eût amené une infection de la cavité prépéritonéale. En arrière le rectum avait déjà contracté quelques adhérences avec la région du col, siège de plusieurs points de sphacèle. De sorte qu'en cet endroit, le passage de liquides septiques dans le cul-de-sac de Douglas était prévenu.

*b*) **Tumeur dermoïde, ovarique, complètement détachée après torsion.** — Cette pièce curieuse a été fortuitement trouvée au cours d'une autopsie. De la grosseur du poing, elle adhérait intimement à l'épiploon et reposait sur l'os iliaque droit. Les annexes de droite étaient cependant absolument normales. Mais à gauche, il fut impossible de découvrir un ovaire. Il y avait seulement un cordon mince, rougeâtre, qu'on dut considérer comme un vestige de la trompe. La tumeur contenait de la matière sébacée, des cheveux et présentait sur sa paroi interne un prolongement dermoïque et dans le voisinage deux dents.

*c*) **Section pratiquée après congélation, sur le bassin et l'utérus d'une femme, morte d'hémorrhagie cérébrale.** — Il s'agit d'une femme, *primipare*, qui, au neuvième mois de sa grossesse, fut prise de convulsions éclamptiques, après avoir pendant quelques jours présenté de l'anasarque et les troubles prémonitoires habituels de l'éclampsie. Elle était à peu près remise des accidents éclampsiques, quand elle mourut subitement d'un *vaste épanchement dans l'hémisphère droit.* Les ganglions nerveux étaient intacts, mais la substance corticale était dilacérée sur une vaste étendue par le raptus sanguin, et le sang s'était infiltré jusqu'au-dessous des membranes du cerveau.

Sur la coupe on voit que l'utérus est au commencement de la période de dilatation. L'enfant est en présentation du siège. Le placenta, normalement inséré, est en grande partie décollé par un épanchement sanguin qui s'est fait entre son tissu et la paroi interne (en conséquence d'une néphrite). L'amnios est intact, mais le chorion est rompu et en partie rétracté.

VEIT. — **Grossesse tubaire.** Il a opéré parce que, consécutivement à la rupture du kyste fœtal, il s'était produit une hémorrhagie interne considérable. La femme était, pour ainsi dire, sans pouls. Veit attire l'attention sur l'époque hâtive à laquelle la rupture a eu lieu, car l'œuf ne mesurait dans son diamètre transversal que 1 cent. 1/4. Il fait également remarquer qu'en des cas semblables, malgré la netteté des indications, il faut agir avec circonspection ; parce que dans beaucoup de cas la transformation heureuse en hématocèle est possible. Il faut savoir aussi que, souvent, le pronostic est plus grave quand l'œuf est déchiré que lorsqu'il est intact. Il est intervenu 10 fois pour raison de grossesse extra-utérine ; trois fois chez des femmes presque moribondes avec deux cas de mort ; sept fois l'œuf étant intact, avec deux guérisons.

MARTIN rappelle que dans la séance du 11 juin 1887, il a présenté un œuf fœtal aussi jeune, qui paraissait âgé de 4 semaines.

LOHLEIN. — **Enfant, bien développé, du sexe féminin, atteint d'une tumeur fluctuante de la région pelvienne.** L'enfant a succombé au cours du travail, par suite de la gêne que cette tumeur avait apportée à l'expulsion du tronc.

NAGEL communique un travail relatif à **l'œuf humain, aux phénomènes d'accroissement et de maturité dont il est le siège en les comparant aux phénomènes correspondants dans l'ovule des animaux** (Cent. f. Gynäk., 1888, n° 14.)

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

*Séance du 6 juin* 1888.

*Présentations :* HERMAN. — **Un utérus, qui était inversé du fait d'un fibrome**, lequel était atteint de gangrène.

W. DUNCAN. — **Un enfant du sexe masculin, dont le sein droit sécrète du lait.**

A. Lawrence. — **Des calculs vésicaux**, enlevés à une femme qui, depuis 18 ans, était atteinte d'une chute complète de l'utérus.

B. Hicks. — **Une modification du pessaire de Hodge.**

Steavenson lit un mémoire sur l'**emploi de l'électrolyse dans la pratique gynécologique.** — L'action électrolytique est surtout avantageuse quand il faut agir sur des régions d'un accès quelque peu difficile. Elle représente le caustique le plus efficace et le plus commode. On peut exactement la circonscrire, mesurer son intensité, et limiter rigoureusement la portion de tissu à détruire. On la met en jeu et on l'arrête à volonté. Ses principales indications résident dans ces affections des femmes qui réclament un traitement localisé, sténose de l'urèthre, atrésie de l'orifice externe et de la cavité cervicale.... Elle est également utilisée pour les accidents dysménorrhéiques, contre la stérilité; se substitue avantageusement aux tentes, dilatateurs, incisions; réussit dans les cas d'ulcérations du col, de grossesse extra-utérine; de tumeurs fibreuses de l'utérus, etc. L'auteur a en outre donné la description de l'outillage, de la technique opératoire et fait un exposé rapide des phénomènes propres à l'électrolyse.

Drage relate un certain nombre de **cas de catarrhe chronique du col, traités par l'électrolyse.** — Dans tous ces cas, la cicatrisation des surfaces ulcérées aurait été accélérée. Dans l'un d'eux, compliqué d'un chancre syphilitique, l'action électrolytique, même par rapport à la lésion spécifique, aurait aussi été éminemment favorable; d'autre part, jamais il ne se serait produit d'effet défavorable. Aussi, l'auteur déclare-t-il qu'il faut reconnaître dans l'électrolyse un moyen de traitement utile dans ces cas.

Gibbons. — **De l'électrolyse dans certaines affections chroniques de la matrice, observations à l'appui.** L'auteur relate des observations, recueillies dans la clientèle hospitalière, de métrite chronique, d'endométrite cervicale, de *lupus minimus*, de végétations de l'urèthre, et de cancer de l'utérus. Dans les cas de cancer, il y avait des hémorrhagies abondantes, et c'est pour la seule raison d'insister sur le pouvoir hémostatique du pôle positif, que l'auteur les mentionne. Après avoir indiqué l'action propre de chaque pôle sur les tissus, il signale le bénéfice que l'on retire de l'usage du pôle négatif, employé comme caustique, lorsqu'on a affaire à des processus inflammatoires chroniques du corps et du col de l'utérus. Enfin, il fait observer qu'il est indispensable, dans l'emploi du

traitement électrique, d'être pourvu d'un bon galvanomètre.

Schaw fait une communication sur **l'emploi du courant constant dans la thérapeutique gynécologique**. L'auteur, se fondant sur les résultats de ses observations cliniques et expérimentales, résume le mode d'action du courant constant sur les fibroïdes utérins dans les 3 conclusions qui suivent : 1° pouvoir électrolytique agissant, mais faiblement, par le pôle positif sur les éléments fibreux ; 2° action hémostatique du pôle positif et dérivative du pôle négatif ; 3° augmentation de la tension artérielle et ralentissement des phénomènes de nutrition s'accompagnant d'un certain changement dans les relations réciproques des éléments solides et liquides.

*Discussion* : Lawrence, Horrocks, Herman, M. Duncan, W. Duncan. (*Brit. med. Journ.*, juin 1888.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG

*Séance du* 14 *mars* 1888.

*Présentations* : Brewis. — **Placenta vésiculaire**. La pièce a été expulsée au quatrième mois d'une cinquième grossesse. Le placenta est sorti par morceaux. On n'a pas trouvé de vestiges de fœtus. La première grossesse est arrivée à terme : enfant mort-né. Les causes de la mort sont restées inconnues. Deuxième et troisième grossesse à terme, enfant vivant. Quatrième grossesse terminée par un avortement survenu vers la onzième semaine, à la suite d'une chute. *Pas d'antécédents syphilitiques.*

Th. Wood, **un fœtus** âgé d'environ 11 semaines.

M. Duncan. — **De l'alcoolisme en gynécologie et obstétrique** (1).

*Discussion* : A. Young. — Comme Duncan, il estime que l'ivrognerie habituelle a des effets plus graves que l'alcoolisme intermittent. Il rapporte un cas dans lequel l'ivresse a pu déterminer le rachitisme. Au moment où elle mit au monde son premier enfant, la mère avait encore des habitudes de sobriété, cet enfant était à sa naissance bien vivant et continua à se bien porter. Par contre, quand elle accoucha de son deuxième enfant, elle était déjà adonnée aux excès de boisson, et cet enfant naquit en état de faiblesse congénitale ; par la suite, il devint rachitique. On

(1) Vid. in *Ann. de Gyn. et d'Obst.* Mai 1888, p. 397 et suiv.

sait fort bien que la dysménorrhée est une cause puissante d'alcoolisme, et il y aurait grand avantage à trouver quelque chose qui pût remplacer l'alcool; malheureusement rien ne semble procurer autant de soulagement. C'est une croyance populaire, qu'il convient de donner du porter à la femme qui allaite, il y aurait un grand avantage à remplacer cet aliment par une nourriture convenable, d'autant plus que plusieurs observateurs compétents ont fait la remarque que cet usage du porter et de la bière en général, exerce une influence préjudiciable sur le nourrisson lui-même.

UNDERHILL rapporte l'observation d'une famille, dans laquelle le chef de famille, le père était alcoolique, et tous les enfants sains. Par contre, dans une autre famille où la mère était seule adonnée à l'ivrognerie, le premier enfant vint au monde bien portant et continua à se bien porter, mais tous les autres eurent des convulsions.

F. BARBOUR rapporte un cas de stérilité, bien que les organes pelviens fussent normaux. Les époux étaient tous les deux des buveurs. L'alcoolisme est-il une cause de la stérilité?

FORBES. Il a dans sa pratique un nombre malheureusement considérable de femmes adonnées aux excès de boissons. Or, il a fait la remarque que les effets de l'ivrognerie varient d'intensité suivant l'état des organes digestifs. Ainsi, une femme alcoolique, mais qui se nourrit bien, met au monde des enfants forts et sains. Au contraire, une femme alcoolique et dont l'alimentation est défectueuse, a des enfants débiles.

BREWIS. Assurément, le fait avancé par Duncan que, sous l'influence de l'alcoolisme, l'ovaire peut augmenter de volume, devenir douloureux et même cirrhotique, est exact. Mais, ne peut-il se faire que ces mêmes altérations existent primitivement et que, pour diminuer leurs souffrances, les femmes abusent de l'alcool et de cette manière deviennent alcooliques? Il a certainement observé des cas de ménorrhagie compliquée d'accidents dysménorrhéiques qui étaient en relation évidente avec des habitudes d'intempérance. Il a suffi chez une femme pour la guérir de pertes de sang abondantes et de souffrances vives, de la placer sous la surveillance d'une garde-malade qui lui a refusé tout agent prétendu stimulant. En ce qui concerne le rapport de l'alcoolisme avec la stérilité, il a fréquemment constaté chez les buveurs l'absence du désir sexuel.

UNDERHILL lit une note sur **quelques cas de septicémie puerpérale due à l'impureté de l'atmosphère** (1). Ces observations mettent bien en lumière les accidents de la plus haute gravité que peuvent déterminer les émanations de cabinets d'aisances. Le praticien peut être conduit à rechercher la cause véritable du mal, en constatant l'inefficacité des moyens antiseptiques ordinaires. D'autre part, quand cette cause a été reconnue à temps, il suffit d'empêcher les émanations toxiques ou simplement de placer la malade dans un autre appartement, pour voir les accidents s'amender.

Les membres de la Société qui prennent part à la discussion (Playfair, Felkin, F. Barbour, Dewar), sauf ce dernier, se rallient à l'opinion d'Underhill sur l'action pathogène des émanations des fosses d'aisances. (*Edinb. m. Journ.*, juin 1888.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

*Séance du 3 avril* 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

J. B. HUNTER. — **Trachélorrhaphie, mort par péritonite.** Les veines pelviennes présentent des thrombus ; la péritonite, qui se généralisa, débuta dans les trompes. L'opérée mourut le 10e jour.

HUNTER présente aussi les pièces d'une **péritonite mortelle survenue après l'ablation d'un fibrome cervical.** L'opérée mourut le 5e jour. Il n'y a pas de salpingite ni d'endométrite purulente. Hunter croit qu'il faut enlever les sutures de bonne heure, si l'on croit leur enlèvement utile.

Deux cas d'**hystérotomie vaginale, guérison,** par HUNTER. Épithélioma mou du col, saignant au moindre contact. L'utérus était mobile.

TUTTLE rapporte un cas d'opération d'Emmet où l'opérée eut 41°,67 ; le 2e jour, il enleva les sutures, fit un lavage utérin ; la malade se remit sans autre accident.

TUTTLE. — **Grossesse tubaire.** Laparotomie, déchirure de l'intestin, rétablissement.

**Kyste du ligament large.**

---

(1) Ces observations sont relatées *in extenso*, in *Edinb. med. Journ.*, 1888, p. 979 et suiv.

**Étranglement intestinal après l'opération de Tait.**

**Menstruation régulière après l'opération de Tait.**

La malade, opérée en février 1887, est régulièrement menstrue. Cependant les trompes ont été entièrement enlevées.

MUNDÉ parle des résultats heureux obtenus par l'électricité dans la grossesse extra-utérine.

Si la trompe a éclaté, ou va se rompre, la laparotomie est indiquée.

Lorsqu'après l'ablation des deux ovaires, l'opérée continue à perdre, la cause de l'hémorrhagie est le plus souvent un fibrome. Mundé ne croit pas qu'on puisse citer un cas de retour de la menstruation, dans lequel les ovaires étaient sains.

COE rappelle des cas dans lesquels la perte a été attribuée à la congestion pelvienne causée par des adhérences.

LEE a une cliente qui, après l'ablation des ovaires, faite il y a 3 ans, a ses règles, et souffre autant qu'avant pendant leur durée.

HANKS préfère l'électricité à la laparotomie, dans les premières semaines de la grossesse ectopique.

**Ponction aspiratrice pour le diagnostic d'une tumeur ovarique**, par MUNDÉ.

**Kyste dermoïde**, par le même.

HANKS. — **Fibromes sous-muqueux.** C'est son 8e cas de grossesse compliquée par un fibrome. (*Am. J. of. obst.* 1888, p. 217. La délivrance ne se faisant pas, Hanks appliqua l'électricité, puis introduisit la main ; le placenta était détaché mais retenu par un fibrome interstitiel.

COE présente le **bassin en caoutchouc de Kelly.**

C. C. LEE. — **Deux cas d'inversion de l'utérus non gravide, traitement.**

CAS I. — La malade avait eu un enfant, 12 ans auparavant. Le col et le périnée, déchirés, avaient été suturés. L'utérus retourné fut pris d'abord pour un polype. LEE lui-même faillit s'y tromper.

Le traitement consista dans des irrigations chaudes de sublimé et l'application de tampons boriqués. Au bout de 6 jours, l'utérus était presque réduit; six semaines plus tard, Lee refit la périnéorrhaphie. La malade est bien, maintenant.

CAS II. — La cause de l'inversion est un violent effort. L'utérus renfermait un polype, que Lee enleva, puis il fit appliquer des

tampons astringents. Au bout de 2 semaines, l'utérus était réduit. Un pessaire le maintient en place.

Les tampons phéniqués saupoudrés d'acide borique peuvent être laissés en place pendant 72 heures.

Crosse a trouvé un cas d'inversion sur 140,000 accouchements, Lusk, un sur 150,000, à Vienne, et un sur 190,000 à Dublin.

Harrison rappelle un cas où l'utérus retourné a été amputé. L'opérée s'est rétablie.

Mundé a vu le cas d'inversion de l'utérus non gravide. C'est, dit-il, Scanzoni qui le premier a observé qu'un fibrome est souvent la cause de l'inversion.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

*Séance du 2 février* 1888.

PRÉSIDENCE DE DRYSDALE

Baer. — **Kyste intra-ligamenteux non papillaire.** Six semaines après l'opération, la malade retourna chez elle, guérie.

Goodell. — **Un cas de splénectomie.** La malade avait eu la fièvre intermittente dans son enfance En mars dernier, elle eut des hématémèses et des hémoptysies.

Elle fut envoyée à Goodell avec le diagnostic fibrome-utérin. Goodell diagnostiqua un sarcome de l'ovaire droit ou de l'épiploon. Ce n'est qu'à l'examen de la pièce que Formad reconnut *une rate leucémique*. Elle pesait près de 6 livres. L'opérée alla bien pendant 4 jours; puis elle présenta des symptômes d'embolie, cracha du sang, et mourut le 6e jour. Goodell ne connaît que 18 cas d'extirpation de la rate leucémique, toutes les opérées sont mortes, sauf une, celle de Franzolini, d'Undine, en Italie.

**Deux kystes dermoïdes**, par Goodell.

Hamill. — **Utérus enlevé dans les derniers mois de la grossesse.** La malade avait eu la syphilis. On voit nettement sur l'utérus l'anneau de Bandl, que Lusk n'a trouvé sur aucun de ses 3 cas.

On voit aussi les bandes ligamenteuses délicates signalées par Léopold et Lusk, qui unissent le chorion à la caduque, et qui sont les villosités choriales atrophiées.

M. Price n'a jamais trouvé l'anneau de Bandl; lorsqu'il a fait la version, il a toujours senti sa main serrée uniformément et non

suivant un cercle, sauf dans les cas de contraction en clepsbydre.

PARISH cite un cas où Foster vit, dans une opération césarienne, une contraction annulaire, et 3 autres cas où on ne la trouva point.

GITHENS et R. STEWART rapportent des cas où l'on a constaté une contraction circulaire, et d'autres où on ne l'a pas trouvée.

HIRST a vu quelquefois l'anneau de Schröder qui sépare le segment utérin supérieur de l'inférieur, ce n'est que la limite nettement marquée, entre le segment supérieur épais et musculeux et le segment situé au-dessus de l'orifice interne plus mince, et plus fibreux.

HAMILL présente un **œuf de 4 semaines**, avec sa caduque. Dans la règle, la caduque n'est pas expulsée avec l'œuf. Dührsen l'a constaté (1), Tarnier aussi. Hamill est partisan de son extraction immédiate.

HIRST nettoie toujours l'utérus après un avortement.

GOODELL de même, mais il n'aime pas la curette, elle meurtrit la partie non intéressée de l'utérus, et risque de passer sur les fragments en les égratignant sans les extraire, ou bien elle peut les détacher partiellement. Il se sert donc d'une petite pince à fenêtre.

PARISH cite un cas dans lequel une malade perdait du sang depuis 4 ou 5 mois, son médecin l'avait râclée et affirmait que l'utérus était vide.

PARISH fit la dilatation, et retira un morceau gros comme deux doigts. Dans un autre cas un médecin fit un curage qu'il crut complet, le même jour la malade avorta.

LONGAKER n'intervient pas avant le 5e mois, à moins qu'il n'y ait des signes de rétention : hémorrhagie, ouverture du col, les moindres fragments entretiennent l'hémorrhagie.

R. STEWART n'a jamais employé la curette ; une bonne pince lui a toujours suffi.

HAMILL. **Rachitisme intra-utérin.**

J. PRICE. **Obstruction intestinale.** Le spécimen est un bout de gros intestin enlevé le même jour par Ch. B. Penrose. La malade n'avait pas eu de selles depuis 28 jours.

**Fibrome adhérent au bassin,** par J. PRICE.

La trompe et l'ovaire gauches étaient enterrés dans des tissus veineux; Price crut imprudent de les enlever.

(1) V. *Annales de gyn.*, 1888, t. I, p. 273.

PRICE présente à la Société les drains de Bantock, de Londres, le tube à irrigation continue de Penrose, la modification apportée par Tait au *clamp* de Kœberle, et les fils en nikel de *Delta*, employés par Bantock.

HIRST. — **Couveuse ; gavage, pelvimètre,** modification de celui de Verrier, représenté dans l'*Histoire des accouchements* de Witkowski. (Goniomètre de Verrier, fig. 115.)

**Pneumonie** causée par l'aspiration de liquides pendant l'accouchement; l'enfant mourut le 3e jour. Enfin **Monstre double** à 3 mois de grossesse.

BAER. — **Salpingite**. L'auteur ne croit pas à la suppuration primitive des trompes.

DEAVER. — **Salpingite suppurée.** L'une des malades était syphilitique, et avait été traitée pour un rétrécissement du rectum ; l'ovaire droit était prolabé et fixé au plancher du bassin.

La seconde avait un kyste de l'ovaire et du pus dans la trompe.

PARISH croit que l'abcès de l'ovaire succède à l'abcès de la trompe.

J. PRICE cite des cas dans lesquels la trompe renferme une grande quantité de pus. Les cas rapportés par Baer sont des cas de dégénération caséeuse, dans lesquels on trouve peu de pus.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

### *Séance du 4 novembre* 1887.

PRÉSIDENCE DE BUSEY.

FENWICK : **Trois cas d'éclampsie.**

CAS I. Primipare à 7 mois et demi, saignée 3/4 de litre. Forceps, éthérisation. Enfant mort.

Rétablissement.

CAS II. Crises survenues quelques heures après l'accouchement. Fenwick ne saigna pas la malade, parce qu'elle avait déjà perdu beaucoup de sang; mais il lui donna du bromure de potassium, du jaborandi et du chloroforme. Il la fit sonder toutes les 8 heures. Le lendemain, il prescrivit calomel et jalap, àà 40 centigr.

La malade se rétablit.

CAS III. Œdème des extrémités, grossesse de 7 mois, vomisse-

ments, céphalalgie. Éthérisation, bromures et chloral, applications froides sur la tête. Dilatation digitale du col, injection d'ergotine. Enfant mort. La malade mourut asphyxiée la nuit suivante.

Fry divise le traitement de l'éclampsie en prophylactique, obstétrical et médical.

*Traitement prophylactique.* Toujours examiner l'urine des femmes enceintes, dès le quatrième mois.

L'auteur renvoie à son mémoire sur ce sujet publié dans *Am. J. of. Obst.*, 1885, p. 50.

*Traitement obstétrical.* Il ne faut pas précipiter le travail, il faut attendre que le col soit dilaté.

Fry recommande le chloroforme, le bromure de potassium, le chloral, la morphine surtout en injection hypodermique. L'aconit et le vératrum viride sont utiles dans les cas qu'on a dit justiciables de la saignée. Celle-ci est fort rarement indiquée. La mortalité était très élevée, lorsqu'on l'employait d'une manière générale.

Puis il faut favoriser l'excrétion cutanée, rénale et intestinale, et Fry recommande le jaborandi, associé à la chaleur appliquée sur la peau, pour prévenir la salivation.

Cook recommande la morphine et des bains d'air chaud.

Hagner croit qu'il faut accélérer la terminaison de l'accouchement, et recommande la pilocarpine, la morphine et l'atropine.

Prentiss insiste sur l'utilité de la prophylaxie, et il cite un cas à l'appui de son opinion.

King recommande chaudement les ventouses sèches ou scarifiées sur la région rénale, suivies d'applications sinapisées, ou chaudes, de feuilles de digitale.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

*Séance du 29 septembre 1887.*

PRÉSIDENCE DE ZINKE

G. E. Jones. **Scarlatine puerpérale.** — Jones cite un cas de mort. La scarlatine parut une heure après l'accouchement. L'accouchée eut une température de 41°,6; elle mourut le sixième jour.

Deux semaines avant son accouchement la malade avait soigné un enfant dans une famille atteinte de scarlatine.

Palmer a remarqué que le germe des maladies épidémiques ɜste latent pendant la gestation, pour manifester une extrême ctivité après l'accouchement.

Zinke dit que rien ne prouve que la scarlatine se manifeste sous ı forme de fièvre puerpérale. Si la bactériologie est une science, es germes doivent toujours produire les mêmes maladies.

Le cas de Jones doit nous enseigner la prudence. Quand nous vons des cas de maladies infectieuses, nous ne devrions pas faire es accouchements. Mais cette règle n'est guère observée. Zinke luiıème n'a vu qu'un cas de fièvre puerpérale, et n'a jamais transporté ıs germes de maladie d'un de ses clients à un autre. Il se contente e recommander l'antisepsie sérieuse, mais non exagérée.

Wenning. **Deux ovariotomies, guérison.** — Dans le premier cas, le iquide était noir, visqueux, gélatineux.

Le liquide du second était colloïde (d'après l'*Am. J. of Obst.* ı. Cordes).

---

# REVUE DES JOURNAUX

**De l'opération césarienne et de la place qu'elle occupe vis-à-vis de accouchement prématuré, de la version et de la perforation dans le ıs de bassins étroits.** (Der Kaiserschnitt und Seine Stellung zur künsichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken.) ɛopold. — Ce travail important a été fait avec la collaboration de ɜs assistants.

Ainsi, Korn a été spécialement chargé de ce qui a trait à l'acouchement prématuré. Il s'appuie sur 45 cas dans lesquels on a eu ɜcours, pour raison d'étroitesse du bassin, à la provocation articielle du travail. Or, dans 35 de ces cas, les suites de couches fuınt entièrement indemnes d'accidents fébriles. Dans 9, il y eut e la fièvre pendant 1-3 jours. Enfin, une accouchée mourut de sepicémie. Korn exprime l'avis que la provocation artificielle de l'acouchement est nettement indiquée : dans le cas de bassins plats ɜnéralement rétrécis quand le diamètre conjugué tombe au-desous de 7,5 centim. et dans le cas de bassins sans rétrécissement ransversal à partir de 7 centim. Le moment de l'intervention corɜspond de la 32-36 semaine. Ce terme est il dépassé, il faut alors ıbandonner les choses aux seules forces de la nature, et seu-

lement, au cas d'impuissance de celle-ci, poser la question de l version et de l'extraction ou du forceps et de la perforation.

LÖHMANN, traite en détail de ce dernier point. Il a mis à profit un ensemble de 5,916 accouchements, dans lesquels on a pratiqué la version interne 107 fois. L'auteur est d'avis que dans les cas de bassin plat généralement rétréci tant que le diamètre conjugué reste au-dessus de 7,5, dans les cas de bassins plats au-dessus de 7 centim., il faut abandonner l'accouchement aux forces naturelles. Une intervention chirurgicale devient-elle indispensable, alors seulement il faut recourir à la version et à l'extraction, ou au forceps et à la crâniotomie. En cas d'issue malheureuse pour l'enfant, il sera indiqué dans un accouchement ultérieur de provoquer l'accouchement prématuré.

PRAEGER s'appuie sur les 71 crâniotomies pratiquées à la Maternité de Dresde durant les 4 dernières années. L'auteur est convaincu que la crâniotomie, sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse, donne, en ce qui concerne la mère, des résultats supérieurs à ceux de l'opération césarienne pratiquée, elle aussi, avec des précautions antiseptiques parfaites.

LÉOPOLD s'est surtout attaché à la question de l'opération césarienne. Il soumet à un examen critique les 23 opérations césariennes pratiquées d'après la méthode de Sänger, durant les quatre dernières années dans son service. Il pose la question de savoir si l'on est réellement en droit de substituer la section césarienne à la perforation de l'enfant vivant, ou sinon, dans quelles circonstances cette substitution s'impose. Pour lui, il ne peut souscrire à assimiler la section césarienne à une simple laparotomie ; elle reste toujours, même dans des mains exercées et habiles, une opération grave. Assurément, sauver à la fois la mère et l'enfant, c'est là un objectif très beau ; mais, quand toutes les conditions pour y atteindre ne sont pas réalisées, il faut prendre garde de ne pas recourir trop tard à la perforation. Léopold consigne à la fin de son travail, sous forme de tableau, les résultats que lui ont donnés l'accouchement prématuré, la version et l'extraction, la perforation et la section césarienne dans le cas de bassins rétrécis :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Accouchement prématuré, mortalité maternelle | : | | 2,2 0/0 |
| Version et extraction | — | — | 4,8 |
| Perforation | — | — | 2,8 |
| Opération césarienne | — | — | 8,6 |

Sous le rapport de la mortalité par infection :

| | |
|---|---|
| Accouchement prématuré | 2,2 0/0 |
| Version et perforation | 0,0 |
| Perforation | 0,0 |
| Opération césarienne | 4,3 |

Les deux tableaux montrent que c'est toujours l'opération césarienne qui comporte le pronostic le plus grave.

En ce qui concerne l'enfant, voici les résultats obtenus.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Accouchement prématuré, enfants vivants | : | | 66,6 0/0 |
| Opération césarienne | — | — | 87,0 |

(Cent. f. Gynäk., n° 19, 1888.)

---

**Convulsions chez une primipare.** (Puerperal convulsions in a primipara.) J. Ilott. — Mme G..., âgée de 25 ans, mariée depuis 9 mois, est prise à 8 mois, des douleurs de l'enfantement. L'accouchement prématuré paraît avoir été provoqué par une chute violente. Le travail se déclare le 26 février. La parturiente présente un certain degré d'excitation, bien qu'elle ne paraisse pas trop éprouvée par les douleurs. Enfin, l'accouchement se termine par l'expulsion d'un enfant, peu volumineux, du sexe féminin. Délivrance normale. Perte de sang légère.

Quelques heures plus tard, la parturiente accuse une sensation bizarre d'oppression dans la tête, et elle est immédiatement prise d'une violente attaque d'éclampsie. Les convulsions sont générales, la langue est profondément mordue et saigne abondamment. L'attaque cesse, mais elle est suivie d'une période d'excitation et de délire. 20 grains d'hydrate de chloral amènent une accalmie légère. Nouvelle crise, quelques heures après. Il s'en produit ainsi 10, mais de plus en plus faibles. Le traitement a consisté dans l'administration par la bouche et par le rectum, de bromure de potassium et de chloral. L'urine examinée dans l'intervalle des convulsions, était fortement albumineuse. Le jour qui suivit la dernière attaque, elle ne contenait plus que des traces d'albumine.

La femme dont il s'agit est de constitution délicate. Elle a fait, au cours de la grossesse, une pleurésie du côté gauche, qui a été grave. Guérie de cette poussée pleurétique, elle a souffert d'une névralgie intercostale. A 17 ans, elle avait eu la scarlatine et elle

avait, pendant un certain temps, présenté des accidents convulsifs.

Détail curieux, elle n'a pas le moindre souvenir ni des incidents relatifs à son accouchement ni de tout ce qui a pu se produire pendant les quelques jours qui ont précédé sa chute. (*Brit. med. J.* Mars 1888.)

---

**Intéressante observation de charbon chez une femme enceinte, suivi d'infection mortelle chez l'enfant.** (Ueber einen merkwürdigen Fall von Milzbrand bei einer Schwangeren mit tödlicher Infection des Kindes.) F. MARCHAND. Dans le numéro d'avril de ce journal, le Dr Varnier a publié une revue intéressante, relative à la « *transmission intra-placentaire des microbes pathogènes de la mère au fœtus*. Or, voici une observation afférente au même sujet, qui a été apportée par F. Marchand dans les *Wirchow's Archiv* ».

Il s'agit d'une femme, II pare, âgée de 32 ans qui, arrivée près du terme de sa grossesse, entra à la Maternité de Marbourg. A ce moment, elle présentait tous les signes d'une bonne santé. 8 jours après elle mettait au monde, après un travail absolument normal, un enfant qui paraissait absolument sain. Puis elle tombait dans un état de collapsus qu'on attribua à une hémorrhagie interne et elle mourait 7 heures après. A l'autopsie, on trouva, chose tout à fait imprévue, au lieu de l'hémorrhagie interne supposée, comme lésion anatomique essentielle : une infiltration, partie œdémateuse, partie chyleuse du mésentère et du tissu conjonctif sous-péritonéal; un contenu hémato-purulent dans les gros troncs lymphatiques et dans le canal thoracique; une tuméfaction de la rate, des ganglions mésentériques ; un groupe de ganglions pelviens qui étaient le siège d'une infiltration hémorrhagique, et de l'ascite chyleuse.

Dans le contenu rougeâtre des gros troncs lymphatiques, il existait de nombreux bacilles tout à fait semblables, par leurs caractères morphologiques, à ceux du sang de rate ; dans le sang, ils étaient au contraire fort rares. La preuve qu'il s'agissait bien d'une infection charbonneuse fut fournie, d'une manière irréfutable, par le succès des inoculations, faites sur plusieurs souris, par les cultures et les examens du sang. Enfin, la mort de l'enfant qui arriva 4 jours après et dans le sang et les organes duquel on trouva de nombreux bacilles du charbon, vint en quelque sorte ajouter à la rigueur de la démonstration. L'auteur, après

avoir étudié en détail, les conditions dans lesquelles le cas s'est présenté, émet l'avis que l'infection a dû se produire 8 jours environ avant l'accouchement. Il pense également qu'elle a été causée par l'introduction dans l'organisme de spores charbonneuses, qui avaient dû se déposer soit sur les téguments, soit sur les habits de la femme, à une époque peu éloignée où elle travaillait dans une fabrique de crins.

*Par quelle voie s'est opérée l'infection?* — L'auteur pense que les spores ont dû pénétrer par l'intestin. Il s'est fait dans ce cas quelque chose d'analogue à ces affections tuberculeuses qui se traduisent, chez des enfants pourtant indemnes de toute lésion des poumons et de la muqueuse intestinale, par la dégénérescence des ganglions bronchiques et des ganglions mésentériques. Les spores charbonneuses, arrivées dans l'intestin, ont envahi les vaisseaux lymphatiques et les ganglions les plus rapprochés. Puis, elles se sont multipliées et étendues, donnant naissance à une lymphangite ou angioleucite qui, par stase de la lymphe ou du chyle, a abouti à l'exsudation chyleuse. La durée anormale de la période latente, tient sans doute à la rareté et au défaut de dissémination, au début, des germes pathogènes.

*A quel moment et comment l'enfant a-t-il été contaminé?* — Voici les conclusions auxquelles l'auteur se rallie. 1) Il est difficile que l'enfant ait été contaminé avant le début du travail, ou du moins un temps notable avant ce début. Car, si l'infection charbonneuse avait succédé à la pénétration directe des germes pathogènes dans le sang du fœtus, il est extrêmement vraisemblable que les phénomènes de l'infection se seraient montrés plus tôt. 2) Il est très probable que les bacilles du charbon n'ont pénétré dans le sang maternel que peu avant le début du travail, peut être même postérieurement à la mise en jeu de l'activité utérine. 3) On n'a constaté la présence des bacilles que dans le sang contenu dans les espaces intervilleux où encore ils étaient très rares, aussi rares que dans les autres organes (le rein excepté), tandis qu'il a été impossible d'en retrouver dans le sang fœtal des villosités placentaires. D'où l'on peut induire que le sang contenu dans les espaces intervilleux, est bien d'origine maternelle. 4) L'interprétation la plus simple que l'on puisse donner du mécanisme de l'infection c'est que le décollement du placenta a été l'occasion de quelques déchirures soit de villosités choriales, soit

de quelques vaisseaux veineux de l'enfant, et que par ces voies d'effraction, quelques bacilles ont pu, du sang contenu dans les lacunes intervilleuses, passer dans la circulation fœtale. (Cent. f. Gynæk., nº 1, 1888.) Dr R. LABUSQUIÈRE.

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## DES PRINCIPAUX TRAVAUX AFFÉRENTS A LA GYNÉCOLOGIE, A L'OBSTÉTRIQUE ET AUX NOUVEAU-NÉS (1)

### OBSTÉTRIQUE

**Accouchement.** — De la constance des positions de l'enfant dans les accouchements répétés (Ueber die constanz der kindeslagen bei wiederholten geburten). SCHAUBLIN. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Hft. 2. p. 305.

**Accouchement compliqué.** — Comment une mauvaise direction de la tête fœtale peut favoriser la déchirure du périnée. AUVARD. *Arch. de tocol.*, mai 1888, p. 276. — Kystes hydatiques multiples compliquant l'accouchement. PINARD. *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1888, p. 241. — Un cas de suspension d'un accouchement en train de se faire (*missed labour*, travail raté) avec quelques remarques touchant à l'étiologie de ce phénomène rare (Ein fall von Aussetzen der Geburtsthätigheit, *missed labour*, nebst Bemerkungen über die ætiologie dieser seltenen Erscheinung). GOTH. *Arch. f. Gynäk.*, 1888. Hft. I, p. 287.

**Appareils et instruments.** — Ballon-injecteur d'iodoforme pour la pratique gynécologique (Ein gyninkologischer Jodoformblaser). FURST. *Arch. f. Gynäk.* 1888. Hft. 2., p. 295. — Du forceps à tractions suivant l'axe ; principe de leur construction et leur valeur dans la pratique ; description d'un nouveau modèle (On axis-traction Forceps, the principles of their construction and their value in Practice, with a description of a New-Model). E. REYNOLDS. *The Bost. med. and Surg. J.*, avril 1888, p. 489. — Expériences relatives à l'emploi du pessaire-œuf de Breisky. (Erfahrungen über Breisky's Eipessarien). FRÆNKEL. *Cent. f. Gynäk.*, mai 1888, p. 289. — Note sur un nouveau ballon pour provoquer l'accouchement prématuré. LEFEBVRE. *Gaz. méd. de Paris*, juin 1888, p. 292. — Choix d'une nourrice. P. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, juin 1888, p. 169.

---

(1) Index du 2e trimestre.

**Dystocie.** — Accouchement dans un cas d'utérus et de vagin doubles (Case of Labour, with Double Uterus and vagina). *Brit. m. Journ.*, mai 1888, p. 955. — Accouchement laborieux dans un utérus double (Durch einen uterus didelphys erschwerte Geburt). TAUFFER. *Cent. f. Gynak.*, avril 1888, p. 236. — Enkystement du placenta. Délivrance artificielle. Intoxication par le sublimé. GEHÉ, *Nouv. arch. d'obst et de gyn.*, avril 1888, p. 147. — Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. M. REY. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, avril 1888, p. 164. — Obstruction durant l'accouchement causée par une malformation vaginale (Obstruction during labour from malformation of vagina). MALE. *Brit. m. Journ*, juin 1888, p. 1218. — Sur un signe indiquant pendant le travail la présence de circulaires autour du cou du fœtus. TURGARD. *Ann. de gyn et d'obst*, mai 1888, p. 360. Un cas rare de dystocie causée par des tumeurs du bras fœtal, de l'avant-bras... (A rare case of dystocie caused by tumors of the fetal arm, forearm, etc.,) MC LEAN. *Am J. of Obst.*, avril 1888, p. 391.

**Fœtus.** — Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus. LA TORRE. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, avril 1888, p. 185; mai, p. 218.

**Grossesse multiple.** — Accouchement triple. Rareté du liquide ammiotique (Drillingsgeburt. Mangel von Fruchtwasser). BALIN. *Cent. f. Gynäk*, avril 1888, p. 257.

**Grossesse extra-utérine.** — Cas dans lequel la rupture d'une grossesse tubaire se produisit deux fois chez le même sujet (A case in which ruptured tubalpregnancy occured twice in the same patient). L. TAIT. *Brit. m. Journ.*, mai 1888, p. 1001. — Cinq cas de grossesse extra-utérine. Note clinique (Cinque casi di gravidanza extra-uterina. Nota clinica). E. FASOLA. *Ann. di Obst. e Ginec.*, avril 1888, p. 145; mai, p. 193. De la laparotomie immédiate pour la grossesse extra-utérine. L. TAIT et HARRIS. *Am. J. of. Obst.*, mai 1888, p. 494. — Grosses e extra-utérine guérie par la laparotomie pratiquée deux heures et demie après la rupture (A case of extra-uterine gestation cured by abdominal section two hours and half after Rupture). Herman. *Brit. m. Journ.*, juin 1888, p. 1152. — Note sur la grossesse extra-utérine (Note on extra-uterine pregnancy). L. TAIT. *Am. J. of Obst.*, avril 1888, p. 394. — Traitement de la grossesse extra-utérine par l'électricité (The treatment of extra-uterine pregnancy by electricity). BROTHERS. *Am. J. of Obst.*, mai 1888, p. 474. — Un

cas de rupture précoce de grossesse tubaire (Ein fall von frühzeitig geplatzter tubenschwangerschaft). ZUCKER. *Cent. f. Gynäk.*, avril 1888, p. 233.

**Nouveau-né.** — Déformation curieuse chez un jumeau (Curious Deformity in a twin). BEDFORD. *Brit. med. J.*, avril 1888, p. 902. — Hernie ombilicale chez un nouveau-né. AUVARD. *Arch. de tocol.*, mai 1888, p. 311. — Quelques observations de mort apparente chez les nouveau-nés, traitée par l'insufflation. VARNIER. *Revue prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance.*, avril 1888, p. 101. Traitement de la hernie congénitale (Treatment of congenital Herniæ) Marshall. *Brit. m. Journ.*, mai 1888, p. 1056.

**Opérations obstétricales.** — De la conduite à tenir dans les cas de fibromyomes compliquant la grossesse et le travail (On the management of fibro-myomata complicating pregnancy and labour). J. PHILLIPS. *Brit. m. Journ.*, juin 1888, p. 1331. — Deux observations dans lesquelles la manœuvre de Ribemont-Dessaignes a été employée avec succès. TURGARD. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1888, p. 363. — Fœtus ayant succombé avant la rupture de la poche des eaux. Section césarienne sur la femme moribonde, manœuvres de Schultze. Emphysème étendu des deux poumons (Vor dem Blasensprung abgestorbene Frucht. Sectio cæsarea in moribunda. Schultze'sche Schwingungen. Ausgedehnter Luftgehalt beider Lungen). WIERCINSKY. *Cent. f. Gynäk.*, juin 1888, p. 369. — Laparotomie le deuxième jour des suites des couches. Kyste ovarique atteint de gangrène après torsion du pédicule. Péritonite diffuse. Guérison (Laparotomie am zweitem wochenbettstage. Diffuse Peritonitis. Glatte Heilung). A. SIPPEL. *Cent. f. Gynäk.*, avril 1888, p. 217. — Le forceps doit-il être appliqué sur la tête dernière (Shall the forceps be applied to the after-coming head). MANTON. *The Am. Lancet*, avril 1888, p. 126. — Ligature et pansement du cordon ombilical ; ligature précoce ou tardive ; ligature élastique ; pansements antiseptiques rares ou fréquents. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, mai 1888, p. 146. — Section césarienne. Relation d'un cas. Description de la méthode de Sänger (Cæsarean Section. Report of a case. Description of Sanger's operation). ZINKE. *The Am. Lancet*, mai 1888, p. 162.

**Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.** — Anévrysme de l'artère crurale consécutif à une endocardite végétante latente, probablement d'origine puerpérale. BUCQUOY. *Gaz. Hebdom. de méd. et de chir.*, mai 1888,

p. 290. — Avortement dans un cas d'utérus double (Abortion in double Uterus). DONALD. *Brit. m. Journ.*, juin 1888, p. 1217. — Carcinome du col de l'utérus compliquant la grossesse et l'accouchement. G. HEINRICIUS. *Nouv. arch d'obst et de gyn.*, avril 1888, p. 155. — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hydramnios. MANTEL. *Arch. de tocol.*, avril 1888, p. 220. — De la phlébite post-puerpérale. VILON. Th. de Paris, avril 1888. — Diagnostic et traitement des hémorrhagies génitales pendant la grossesse et l'accouchement. VARNIER, *Revue prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, avril 1888, p. 97 ; mai, p. 129 et juin, p. 161. — Étude sur 22 cas de subinvolution utérine DUVAL. Th. de Paris., juin 1888. — L'érysipèle et les femmes en couches. JORISSENNE. *Arch. de tocol.*, mai 1888, p. 302. — Note sur l'identité des différentes formes de l'infection puerpérale. F. WIDAL. *Bull. de l'Acad. de méd.*, mai 1888, p. 729; juin, p. 756, p. 806, p. 873. — Primipare albuminurique à 7 mois de grossesse; convulsions éclamptiques, mort dans le coma. *Journ. d'accouch. de Liège*, juin 1888, p. 133. — Primipare à 8 mois de grossesse, albuminurique et éclamptique. Dilatation artificielle du col. Sortie spontanée d'un fœtus mort. Guérison. *Journ. d'accouch. de Liège*, juin 1888, p. 121. — Quelques cas de septicémie puerpérale causée par l'impureté de l'atmosphère (Some cases of puerperal septicæmia due to Impure Atmosphère). UNDERHILL. *Edin. m Journ.*, juin 1888, p. 979. — Rapport sur une communication de M. Doyen intitulée : La fièvre puerpérale et l'érysipèle. *Bull. de l'Acad. de méd.*, mai 1888, p. 725. — Rupture de l'utérus (Rupture of the uterus). PATTON. *The Brit. med. J.*, avril 1888, p. 901. — Septicémie d'origine mammaire. AUVARD. *Arch. de tocol*, mai 1888, p. 298. Tétanos après une fausse couche (Tetanus after miscarriage). PARROT. *Brit. m. Journ.*, mai 1888, p. 956. — Un cas de convulsions puerpérales traitées par le chloroforme (A case of puerperal convulsions treated by chloroform). BARTLETT. *Brit. m. Journ.* mai 1888, p. 956.

**Statistiques des maternités.** — Court rapport sur les opérations césariennes pratiquées à la Maternité de St Pétesbourg du 16 octobre 1885 au 1er janvier 1888 (Kurzer Bericht über die vom 16 October 1885 bis zum 1 Jan. 1888 aussgeführten Kaiserschnitte in der St Pétersbourg Gebäranstalt). *Arch. f. Gynäk.*, 1888. Hft. 2, p. 262. — Rapport sur les actes du « Rotunda Lying-in Hospital » pour l'année 1887, jusqu'au 3 novembre (Report of the gynæcological department of the Rotunda Lying-in Hospital for the year ending November 3, 1887). SMITH. *The Dubl. m.*

*Journ.*, mai 1888, p. 392. — Statistiques des opérations faites sur les organes génitaux de la femme à l'hôpital Bichat. TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, mai 1888, p. 231.

**Thérapeutique et antisepsie.** — De la créoline en obstétrique (Das creolin in der geburtshilfe). BAUMM. *Cent. f. Gynäk.*, mai. 1888, p. 321. — De la technique des injections d'ergotine (Zur technik der Ergotininjection). BAUMM. *Cent. f. Gynak.*, mai 1888, p. 353. — De l'emploi par les accoucheuses du subsimé corrosif dans les accouchements. *Journ. d'accouc. de Liège.* avril 1888, p. 73; 85, mai, p. 97; 109. — Du pansement antiseptique du cordon ombilical. CHEVALIER. Th. de Paris. avril 1888. — Expériences sur la créoline (Erfahrungen über das creolin). BORN. *Cent. f. Gynäk.*, mai 1888, p. 324. — Intoxication par injection intra-utérine de sublimé. TURGARD. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.* avril 1888, p. 166. — Respiration artificielle dans l'éclampsie puerpérale. FOURRIER. Th. de Paris, 1888. — Traitement après l'avortement (After-treatement of Abortion). DUNLOP. *Brit. med. J.*, avril 1888, p. 901. — Un utéro-sédatif, un utéro-moteur. A. CORDES. *Annales de Gynéc.*, avril 1888, p. 265.

## GYNÉCOLOGIE

**Annexes de l'utérus.** — Cas de transformation caverneuse de l'ovaire (Ein Fall von cavernöser Metamorphose der ovarien). GOTTSCHALK. *Arch. f. Gynak.*, 1888, Hft. 2, p. 234. — De l'hemato-salpingite. L. GUEMES. Th. de Paris, avril 1888. — Extirpation des annexes de l'utérus et des petites tumeurs de l'ovaire par la section vaginale (Removal of the uterine appendages and small ovarian tumors by vaginal section). *Byford. Am. J. of Obst.* avril 1888, p. 337. — Notes sur un cas d'hydrosalpinx. Nouvelle méthode de traitement électrique APOSTOLI. *Brit. m. Journ.*, mai 1888, p. 998. — Observations sur la pyosalpingite et sur son traitement chirurgical (Erlfahrungen über pyosalpynx und deren operative Behandlung). GUSSEROW. *Arch. f. Gynäk.*, 1888, Hft. 2, p. 165. — Salpingite catarrhale. TERRILLON. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, avril 1888, p. 167. — Salpingites et ovarites. MONPROFIT. Th. de Paris, avril 1888. — Salpingite turberculeuse à forme kystique. JEANNEL. *Gaz. hebd. de med. et de chirurg.*, mai 1888, p. 327; juin p. 341. — Six cas de salpingites ou salpingo-ovarites traités par la laparotomie. BOUILLY. *Nouv. arch. d'obst et de gyn*, mai 1888, p. 195. — Six cas de salpingo ovarites traités par la laparotomie avec

extirpation des annexes. BOUILLY. *Bull. et mém. de la Soc. de chir*, juin 1888. p. 312 - Trompes kystiques et suppurées enlevées par la laparotomie. CHAMPIONNIÈRE. *Bull. et mém. de la Soc de chir*, avril 1888, p. 145. — Un cas d'hémato-salpinx; laparotomie, guérison (A case of Hemato-Salpinx; laparotomy; recovery). DOUGLAS. *Am. J. of Obst.*, avril 1888, p. 368.

**Organes génitaux.** — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme. TRÉLAT. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1888, p. 321.

**Organes urinaires.** — Cystite suppurée exfoliatrice (suppurative exfoliative cystitis). BOLDT. *Am. j. of Obst.*, avril 1888, p. 350.

**Ovaire.** — Ascite en tant que symptôme de la torsion du pédicule des kystes ovariques (Ascites als Symptom des Stieltorsion ovarieller Gysten). SCHURINOFF. *Cent. f. Gynäk.*, avril 1888, p. 238.

**Paroi abdominale.** — Étude sur le fibrome de la paroi abdominale. LOISNEL. Th., Paris, mai 1888.

**Thérapeutique et opérations gynécologiques.** — Ablation d'un polype utérin de dimensions énormes. KŒBERLÉ. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, avril 1888, p. 160. — De la cautérisation et du curage dans le traitement des endométrites. PAJOT. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, juin 1888, p. 401. — De l'électricité dans le traitement des fibromes de l'utérus (Electricity in the treatment of Fibroids of the uterus). WERNER. *Am. J. of Obst.*, avril 1888, p. 384. — De l'Electrolyse contre les fibromes (Electrolysis of fibroids). STEAVENSON. *Brit. m. Journ.*, mai 1888, p. 997. — De l'histoire de la section abdominale en Albanie, relation de 75 cas (The history of abdominal Section in Albany, with a report of seventy five cases). A. V. VEER. *Ann. of Surg.*, mai 1888, p. 336. — Des sutures au catgut dans la réparation des ruptures du périnée (On catgut Sutures in the operation for ruptured perineum). HERMANN. *Brit. m. Journ.*, juin 1888, p. 1217. — Du curage dans l'endométrite. BOUREAU. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, avril 1888, p. 170; mai, p. 235. — Du drainage capillaire et du traitement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée. S. POZZI. *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1888, p. 255. — Du traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne. P. SEGOND. *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin 1868, p. 416. — Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Chister. ROYETSKI. Th., Paris, mai 1888. — Du

traitement du catarrhe chronique du col de l'utérus (Zur Behandlung chronischer Gebärmutterhals-Katarrh). A. SOLOWY. *Cent. f. Gynäk.*. p. 221. — Les détails de l'ovariotomie (The details of ovariotomy). A. DORAN. *Ann. of Surg.*, mai 1888, p. 321. — Ovariotomie chez une femme âgée de 82 ans et 4 mois (Ovariotomy in a patient eighty-two years and four months of age). J. HOMANNS. *The Bost. med. and Surg. J.*, avril 1888, p. 454. — Procédé opératoire de Martin pour les abcès élevés et englobant les ovaires, les trompes et l'intestin (Martin's method of operating in high seated abscessess, involving the ovaries, tube, and intestine). BIGELOW. *Am. J. of Obst.*, mai 1888, p. 485. — Quelques expériences sur l'emploi du lien élastique dans le traitement intra-péritonéal du pédicule (Alcune esperienze sul laccio elastico nel governo intra-peritoneale del peduncolo). MARTINETTI. *Ann. di Obst. e Ginec.*, avril 1888, p. 164. — Rapport sur 37 ovariotomies (Bericht über 37 ovariatomien). SZABO. *Arch. f. Gynäk.*, 1888. Hft. 2, p. 193. — Remarques sur le traitement électrique des maladies de l'utérus (Remarks on the electrical treatment of diseases of the Uterus). S. WELLS. *Brit. m. Journ.*, mai 1888, p. 955. — Seize hystérectomies abdominales. Réflexions à propos de 60 autres cas de fibromes utérins. TERRILLON. *Ann. gyn. et d'obst.*, mai 1888, p. 340. — Traitement des tumeurs fibreuses et des épanchements pelviens par l'électrolyse. HOVENT. *Journ. d'Accouch. de Liège*, juin, 1888, p. 121. — Un cas de fistule vésico-utéro-vaginale, avec mortification d'une portion de l'uretère gauche; opération, guérison. HERRGOTT. *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin 1888, p. 408. — Un cas d'extirpation de la rate (Eine Fall von Milz extirpation). LIEBMAN. *Cent. f. Gynäk.*, mai 1888, p. 398.

**Troubles divers d'origine génitale.** — De l'occlusion intestinale après l'ovariotomie (Ueber Darmocclusion nach ovariotomie). HIRSCH. *Arch. f. Gynäk.*, 1888. Hft. 2, p. 247. — Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire. MARTIN. Th. de Paris, juin 1888. — Relations de l'endométrite avec les vomissements incoercibles de la grossesse (Relation of Endometritis to Pernicious Vomiting of Pregnancy). JAGGARD. *Am. J. of Obst.*, mai 1888, p. 466.

**Utérus.** — De l'état de la muqueuse du corps de l'utérus pour le carcinome de la portion vaginale (Ueber das Verhalten der Schleimhaut der Uteruskörpers bei carcinom der Portio). ABEL. *Arch. f. Gynäk.*, 1886, Heft 2, p. 271. — Inversion complète de l'utérus (Inversio uteri completa). TEUFFEL. *Cent. f. Gynäk.*, juin

1888, p. 401. — Lésions secondaires au cours du cancer de l'utérus. LECA. Th. de Paris, avril 1888. — Notes sur les flexions et versions de l'utérus (Notes on uterine flexions and versions). BUCKMASTER. *Am. J. of Obst.*, avril 1888, p. 397.

**Vagin.** — De la gonorrhée chronique. NOEGGERATH. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Hft. 2, p. 322. — De la vaginite et de son traitement. FOVEAU. Th. de Paris, juillet 1888.

**Variétés.** — Cas de pelvi-péritonite séreuse enkystée (Case of Enkysted Serous Pelvic Peritonitis). OLIVIER. *Brit. m. Journ.*, mai 1888, p. 1057. — Compte rendu du 2me congrès de la Soc. de gynécologie allemande tenu à Berlin du 24-26 mai 1888. LANTOS. *Cent. f. Gynäk.*, juin 1888, p. 385 et 417. — De certains faits relatifs à la fertilité, la gestation utérine, la parturition et le puerperium dans les classes dites « inférieures » ou « laborieuses » (Certain facts regarding fertility, utero-gestation, parturition, and the puerperium in the so-called « lower » or « laboring » classes). JOHNSTON. *Am. J. of Obst.*, mai 1888, p. 449. — De la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée d'un kyste ovarique. TERRILLON et VALAT. *Arch. de tocologie*, avril 1888, p. 207. — De l'alcoolisme en gynécologie et en obstétrique (On alcoholism in gynæcology and obstetrics). M. DUNCAN. *Edin. m. Journ.*, avril 1888, p. 873. — De la périmétrite et de son traitement. VERSEPUJ. Th. de Paris, avril 1888. — De la transmission intra-placentaire des microbes pathogènes de la mère au fœtus. VARNIER. *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1888, p. 285. — De la raison « physiologique » dans les études obstétricales et dans la pratique (The physiological argument in obstetric studies and practice). KING. *Am. J. of Obst.*, avril 1888, p. 370. — Des difficultés de l'allaitement. DOUT. Th. de Paris, juin 1888. — Du traitement de la stérilité chez les femmes (On the treatment of Sterility in women). TH. M. MADDEN. *The Brit. m. Journ.*, avril 1888, p. 844. — Du traitement de la stérilité et de la dysménorrhée mécanique (On the treatment of sterility and obstructive dysmenorrhæa). M. MADDEN. *The Dubl. m. Jour.*, avril 1888, p. 297. — Etude chimique du liquide amniotique de la femme. LABRICHE. Th. de Paris, mai 1888. — Cancer primitif de la région clitoridienne. DAURIAC. Th. de Paris., juin 1888. — Les coryzas chez les petits enfants : diagnostic, complications, traitement. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, avril 1888, p. 116. — Menstruation chez une petite fille âgée de 3 ans (Menstruation bei einem 3 jährigen Kinde). HORNFELD. *Cent. f. Gyn.*, mai 1888, p. 305.

-- Moyens d'exploration des organes génitaux de la femme. IMASSE. Th. Paris, mai 1888. — Note succincte sur un cas d'infarctus dans le parenchyme d'un myome utérin (Kurze Notiz über einen Fall von Infarkt in Parenchym eines uterusmyoms). OTT. *Cent. f. Gynäk.*, avril 1888, p. 274. — Quelques considérations sur l'utérus puerpéral. AUVARD. *Arch. de tocol.*, juin 1888, p. 348. — Un cas de fécondation avec oblitération de l'hymen (Ein Fall von konception bei Hymen occlusum). ZINSSTAG. *Cent. f. Gynäk.*, avril 1888, p. 219. — Un cas de syphilis infantile tardive. Contamination de la nourrice. FREDET. *Arch. de tocol.*, avril 1888, p. 240.— Un nouveau moyen d'exploration (Ein neues untersuchungsverfahren). MENDES DE LÉON. *Cent. f. Gynäk.*, mai 1888, p. 379.— Transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache. P. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst.*, juin, 1888, p. 185.

---

# VARIÉTÉS

Les *Annales de gynécologie* ont reçu :

**Du cancer primitif du vestibule de la vulve**, Th. de Paris, 1888, Dr M. LAHAYE.

**Aborto spontaneo o provocato.** (Avortement provoqué ou spontané.) E. d'URSO.

**Méthode expectante ou méthode de Crédé ?** (Abwartente methode oder Credé' scher Handgriff.) F. AHLFELD.

**De la pathologie de la trompe.** (Zur pathologie der Eileiter.) A. MARTIN.

**Extirpation des annexes de l'utérus et de petites tumeurs ovariques par la section vaginale:** (Removal of the uterine appendages and small ovarian tumors by vaginal section.) H. T. BYFORD.

**Leçon sur le traitement chirurgical de la rétroversion. Opération d'Alexander.** (Lecture oy the operative treatment of retroversion. Alexander's operation.) H. T. BYFORD.

**Un utéro-sédatif, un utéro-moteur.** A. CORDES.

*Le gérant :* G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## INDICATIONS ET TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER

Par le Dr S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal (1).

### I

L'hystérectomie vaginale est aujourd'hui une opération bénigne, *quand elle est faite à temps, et avec une bonne technique.*

J'aurai tout à l'heure à revenir sur ces deux derniers points, mais je veux commencer par bien établir cette *bénignité* analogue à celle de l'amputation totale du sein dont la mortalité est, comme l'ont montré les dernières statistiques, d'un peu plus de 15 p. 100 (2). C'est, en effet, une donnée capitale pour déterminer l'extension plus ou moins grande qu'on est

(1) Travail présenté au Congrès français de chirurgie.

(2) KUESTER. *Congrès des chirurgiens allemands* (12e *session* 1883), a publié une statistique de 778 cas avec une mortalité de 15,6 p. 100.

en droit de donner à une opération qui, bien appliquée, soulage toujours, et souvent guérit pour assez longtemps.

Si pour établir une statistique on se borne à recueillir les faits disséminés dans les journaux par une multitude d'auteurs différents, on risque fort, d'une part, de n'avoir que les succès de certains chirurgiens, et d'autre part de recueillir des insuccès qui ne prouvent rien, étant dus à des praticiens insuffisamment préparés à une opération nouvelle. Le mieux est donc, pour juger réellement l'hystérectomie vaginale, de s'en tenir aux séries publiées par les gynécologistes qui en ont la plus grande pratique et qui présentent par suite d'excellentes garanties au double point de vue de leurs indications et de leur technique. Or voici une statistique réunissant ces conditions, qui a été récemment publiée (1). Elle comprend la pratique des opérateurs suivants jusqu'à la fin de 1886 :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fritsch. . . . . | 60 cas | 7 morts ; | |
| Léopold.. . . . . | 42 — | 4 — | |
| Olshausen.. . . . . | 47 — | 12 — | |
| (Schröder-Hofmeier). | 74 — | 12 — | (dont 3 seulement dans les dernières opérations). |
| Staude. . . . . | 22 — | 1 — | |
| A. Martin. . . . . | 66 — | 11 — | |
| Total. . . . | 311 cas avec | 47 morts, soit 15,1 p. 100. | |

En jetant un coup d'œil vers un passé récent, on voit que la mortalité tend à diminuer rapidement à mesure que l'on se familiarise avec l'opération remise en honneur par Czerny. En effet, en 1881, Olshausen réunissait 41 cas de divers auteurs avec 29 p. 100 de mortalité. Sara Post a même trouvé 37 p. 100 pour les opérations antérieures à 1881, et 27 p. 100

(1) A. Martin. *The vaginal Totalextirpation of the uterus for Cancer. Annals of gynæcology* (Journal américain), vol. 1, n. 2.

pour les opérations de 1881 et 1882. Hégar en 1886, sur 257 faits, trouvait 23 p. 100. M. le Dr Hache (1) dans une excellente revue critique publiée l'an dernier dans la *Revue des sciences médicales* ajoutait 21 cas inédits aux 495 de Sara Post et arrivait à la mortalité de 24,47 après l'hystérectomie pour cancer.

Il y a loin de ce dernier chiffre, quelque satisfaisant qu'il soit déjà, à celui de 15 p. 100 de la statistique récente que je viens de citer.

Je n'entrerai pas dans la question de la survie : ainsi que je l'ai dit, l'opération ne donne presque toujours, il est vrai, qu'une guérison temporaire, mais cela au prix de risques assez atténués pour qu'on n'hésite pas à y exposer les malades. Ce répit peut du reste être assez long. Dans les séries précédentes données par Martin, on a pu constater l'absence de récidive dans les proportions suivantes :

| | Léopold | Schröder | Fritsch | Martin |
|---|---|---|---|---|
| Au bout d'un an : | 16 | 20 | 17 | 35 cas. |
| — d'1 an 1/2.. . | 9 | 10 | — | 32 — |
| — 2 ans.. . . | 5 | 7 | 7 | 25 — |
| — 3 ans.. . . | 2 | 4 | 2 | 20 — |
| — 4 ans. . . . . | | | | 5 — |
| — 5 ans.. . . . . | | | | 3 — |
| — 6 ans.. . . . . | | | | 2 — |

Un autre document très important est celui qui est fourni par Hofmeier dans un travail (2) où, réunissant les opérations d'hystérectomie totale et d'hystérotomie partielle de la clinique de Schröder dans les huit dernières années, il trouve la proportion suivante de malades restées guéries :

Au bout de 1 an. { Hyst. part. 51 0/0 / Hyst. tot. 63 0/0 } en somme 53,6 0/0.

(1) MAURICE HACHE. *De l'hystérectomie vaginale pour cancer. Revue des sciences médicales*, 1887, p. 721.

(2) HOFMEIER. *Zeitsch. f. Geb. und. Gyn.*, Bd. XIII, Heft 2, 1886.

| | | |
|---|---|---|
| — de 2 ans.. | Hyst. part. 46 0/0<br>Hyst. tot. 24, 1 0/0 | en somme 40 0/0. |
| — de 3 ans.. | Hyst. part. 42 0/0<br>Hyst. tot. 26 0/0 | en somme 33,5 0/0. |
| — de 4 ans.. | Hyst. part. 41,3 0/0<br>Hyst. tot. 0 0/0 | en somme 37,3 0/0. |

On remarquera la conclusion paradoxale qui semble ressorde cette statistique : la durée de la guérison complète est plus longue après l'opération partielle qu'après l'opération totale. Il est facile de comprendre que cela est dû surtout à ce que les cas soumis à l'extirpation partielle étaient tout à fait à leur début, exactement limités au museau de tanche, dans les conditions les meilleures par suite pour l'intervention radicale. Je reviendrai plus tard sur ce point. Qu'il me suffise pour le moment de mettre en relief ce résultat précieux : au bout de quatre ans, un tiers des opérées de Schröder par hystérotomie sus-vaginale pour cancer étaient sans récidive. Il est évident que si ces cas étaient traités par l'hystérectomie totale au lieu de l'hystérotomie partielle ils n'auraient pas pu récidiver plus rapidement. — Nous pouvons donc légitimement appliquer ces chiffres à l'étude de la survie après l'opération radicale, et en particulier de l'opération radicale faite à la période initiale de la maladie (1).

## II

Je me propose de soutenir cette opinion : plus le cancer est limité, plus l'opération doit être étendue. Au contraire, dès que tout ne peut vraisemblablement pas être enlevé, il n'y a plus à songer à une intervention radicale ; on doit

(1) D'après un mémoire publié depuis la composition du présent travail, M. Terrier n'a obtenu une guérison d'assez longue durée que trois fois sur dix opérations d'hystérectomie pour cancer suivies de succès. La durée de la survie sans récidive, pour ces trois cas, est : 1er, deux ans et neuf mois ; 2e, un an et neuf mois ; 3e, un an (TERRIER. *Des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale, etc. Revue de Chirurgie, mai* 1888).

franchement se résoudre à n'enlever qu'une partie du mal et dresser en conséquence son plan opératoire au lieu de se livrer aux hasards d'une opération mal réglée.

Pour préciser davantage, je vais envisager successivement les diverses conditions qui peuvent se présenter au chirurgien :

1° *Cancer au début, limité à une partie du museau de tanche.* — Ces cas-là sont généralement réservés à l'amputation partielle sous ou infra-vaginale, soit par le galvanocautère, soit par le bistouri. C'est une opération bénigne. Pawlik (1) recueillant les opérations par l'anse galvanique de Charles Braun à la Clinique gynécologique de Vienne de 1861 à 1882, a trouvé 6 p. 100 de mortalité, Schröder (2) préfère l'amputation à l'instrument tranchant selon le procédé de Hégar; mais elle n'offre d'après lui aucun danger. M. Verneuil préconise l'écraseur.

2° *Cancer au début encore limité au museau de tanche, mais l'occupant tout entier et s'étendant jusqu'au niveau des culs-de sac vaginaux exclusivement.* — Là, pour tout enlever, il faut ne pas se contenter de l'amputation sous-vaginale, mais faire l'amputation sus ou supra-vaginale de Schröder, sorte d'évidement conoïde qui a la plus grande anologie avec l'opération que Huguier a proposée pour l'allongement hypertrophique du col.

Hofmeier (3) a publié les résultats de la pratique de son maître et de quelques-uns de ses assistants à la Clinique gynécologique de Berlin. Du commencement de 1879 à la fin de 1884, Schröder a fait 105 extirpations partielles de col cancéreux. Il y a eu 10 morts, soit 9,5 p. 100. Quant aux suites éloignées, voici le relevé qui en a été fait avec grand soin : 7 fois on n'a pu avoir de renseignements; parmi les opérées datant d'un an, 43 avaient une récidive et 45 n'en

1 PAWLIK. *Wiener Klinik*, 12 décembre 1882.

(2) SCHROEDER. *Maladies des org. génit. de la femme*, trad. française. Bruxelles, 1886, p. 314.

(3) HOFMEIER. *Loc. cit.*, et *Centralb. f. Gynäk.*, 1886, n° 6.

avaient pas ; sur les 83 femmes opérées depuis plus de deux ans, 8 étaient mortes, 7 perdues de vue, et parmi les autres on comptait 37 récidives et 31 guérisons, soit 46 p. 100 de guérison ; sur 59 femmes opérées depuis plus de trois ans, 4 étaient mortes, 6 perdues de vue, 26 avaient une récidive, et 23 étaient guéries, soit 47 p. 100 de guérison. Ces résultats sont très supérieurs à ceux que Schröder a obtenus avec l'extirpation totale où, après deux ans, il ne comptait plus que 24 p. 100 de femmes restées guéries.

Baker, de Boston (1), a aussi beaucoup vanté l'amputation élevée *(high amputation)* suivie de cautérisation. C'est une opération très analogue que fait avec succès depuis vingt ans, Kœberlé (2) — cet éminent compatriote, l'une des gloires de la Faculté française de Strasbourg, qu'un des membres de la Société de chirurgie devrait regretter d'avoir par deux fois qualifié de *chirurgien allemand* (3) !

Conclurons-nous, d'après cela, à la supériorité de l'amputation sus-vaginale du col sur l'extirpation totale ? Nullement. Ces faits ne prouvent pour nous qu'une chose : l'efficacité et la bénignité de toute opération pratiquée au début. Mais ils ne suffisent pas pour renverser dans ce cas particulier la règle généralement adoptée toutes les fois qu'il s'agit de cancer : enlever largement, enlever la totalité de l'organe atteint. Pourquoi ne ferait-on pas pour l'utérus ce que tout le monde s'accorde à faire pour la mamelle ? Certes, tant que la mortalité de l'opération était forte, on était en droit d'hésiter. Mais, maintenant qu'elle est réduite au même pourcentage que celle des amputations du sein, on ne saurait être retenu. Il est vrai que la gravité de l'extirpation complète est encore de moitié plus grande que celle de l'ablation partielle. Mais faut-il mettre cette considération en parallèle

(1) W. H. BAKER. *Americ. journal of Obstetrics*, 1882, p. 265, et 188[illegible], p. 484.

(2) KŒBERLÉ. *Gazette hebdomadaire*, 26 février 1886.

(3) TERRIER. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 120, et *Revue de Chirurgie*, 10 mai 1888, p. 350.

avec le bénéfice futur qui peut résulter du choix de l'opération ? Qui ne doute que l'ablation d'un squirrhe du sein sans dissection complète de la glande et curage de l'aisselle ne soit incomparablement moins grave que l'opération complète ? Quel chirurgien moderne voudrait cependant la lui préférer ?

Je sais bien que, se basant sur les travaux de Ruge et Veit, on a admis une distinction tranchée entre les autres formes de cancer et le *cancroïde du museau de tanche*, prenant naissance au niveau de la surface recouverte d'épithélium pavimenteux et n'ayant pas de tendance à envahir le corps. A elle devrait, d'après Schröder et ses disciples, être réservée l'amputation du col sus ou sous-vaginale, tandis que l'hystérectomie s'appliquerait d'emblée aux autres formes. Mais cette forme (qu'on devrait appeler *vaginale*) est loin d'être aussi nette qu'on pourrait le croire, et la distinction très réelle en anatomie pathologique est souvent illusoire en clinique. C'est ainsi que Martin (1), en se conformant aux prescriptions de Schröder, a pratiqué l'amputation sus-vaginale dans des cas qui paraissaient l'indiquer, et a vu cependant sur 28 opérées 26 récidives après la première année. Il est bien probable que dans ces cas-là tout le mal n'avait pas été enlevé.

Il est du reste excessivement difficile d'affirmer sur la malade que l'ulcération ne se prolonge pas dans le col. La distinction radicale entre cancer superficiel du museau de tanche et cancer du col est plus théorique que clinique (2). Souvent des nodules cancéreux isolés sont disséminés bien loin du point où semble circonscrite la maladie, et si l'on se borne à l'amputation même sus-vaginale du col, on n'enlève pas tout le néoplasme. Une observation souvent citée de Binswanger et plus récemment une pièce patholo-

(1) MARTIN. *Path. und Therap. der Frauenk.*, 2e édit., p. 809.

(2) Voy. sur ce point les observations démonstratives présentées à la Soc. obst. de Chicago par Christian Fenger. *Amer. journ. of. Obstetr.*, janv. 1868, p. 90 et suiv.

gique de Ruge lui-même (1) mettent ce fait hors de doute.

L'amputation sus-vaginale du col est souvent suivie de sténose cervicale et d'hématométrie (Fritsch, Martin (2).

Enfin il est une dernière considération qui milite en faveur de l'hystérectomie totale, c'est la possibilité d'une grossesse après l'amputation sus-vaginale du corps et la récidive rapide qu'elle entraîne généralement. Schröder et Martin en ont cité des exemples.

En résumé, dans toute lésion cancéreuse du col, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix pourvu que le mal n'ait pas dépassé les limites de l'organe, que les culs-de-sac soient souples, que l'utérus puisse être facilement abaissé et, par suite, qu'on soit en droit de supposer que le tissu cellulaire circum-utérin et les ligaments larges sont intacts.

3° *Cancer limité extérieurement au col mais avec envahissement du corps, ou cancer primitif du corps. Le néoplasme n'a pas dépassé les limites de l'utérus, n'a pas trop augmenté son volume ; l'abaissement est facile.* — Ici pas de discussion; l'hystérectomie vaginale est acceptée par tous les chirurgiens qui ne repoussent pas en principe cette opération.

4° *Cancer limité du col du côté du vagin, mais avec certitude ou soupçon de propagation profonde; abaissement difficile de l'utérus.* — Pour apprécier la mobilité plus ou moins grande de l'utérus il est utile de ne pas s'en tenir aux renseignements insuffisants que peut donner la palpation bimanuelle pratiquée avec le toucher vaginal ainsi que par le toucher rectal sur lequel le professeur Trélat a si justement insisté (3). Il est indispensable d'appliquer une valve, de saisir le col avec une pince tire-balle et d'opérer des tractions modérées. Quand l'utérus ne s'abaisse pas, on peut supposer deux choses : ou qu'il y a eu de la périmétrite

(1) Ruge. *Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 376.

(2) Fritsch. *Archiv. fur Gynäk.*, Bd. XXIX. Hft 3. Martin. Discussion du mémoire cité d'Hofmeier. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 6.

(3) Trélat. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 24 juin 1885.

ancienne, ayant donné lieu à des brides et à des adhérences — l'étude attentive des anamnestiques permet parfois (mais pas toujours), de trancher la question ; — ou bien qu'il existe déjà un commencement d'envahissement des tissus périmétriques. Dans l'une et l'autre hypothèse, l'opération prend une gravité bien plus grande, car elle sera nécessairement très laborieuse. En outre, l'impossibilité d'affirmer la nature des obstacles qui s'opposent à la descente de l'utérus doit toujours faire redouter qu'il ne s'agisse alors d'un envahissement du cancer, ce qui est en effet le cas de beaucoup le plus fréquent. Or, enlever l'utérus dans ces conditions, c'est simplement faire une résection partielle du tissu morbide, compliquée d'ouverture du péritoine, opération essentiellement irrationnelle. Alors même qu'on serait certain que les adhérences sont inflammatoires et non cancéreuses, on courrait le danger de tomber sur un foyer purulent méconnu qui infecterait le champ opératoire, et de voir sa malade succomber à une péritonite septique comme dans un cas récemment publié par M. Le Bec (1).

La gravité de l'hystérectomie, ai-je dit, est beaucoup plus grande quand on opère en plein tissu morbide ; cette aggravation n'est pas médiocre et peut être évaluée au moins au double. A Martin (2) a publié une série d'opérations faites par lui-même et son assistant Duvelius où l'on trouve notés les cas où cette condition s'est rencontrée. Dans 65 cas où l'on avait opéré dans les tissus sains, et enlevé tout l'utérus, il n'y eut que 11 morts, soit 16,92 p. 100. Dans 28 cas pour lesquels l'extirpation de toutes les parties malades fut impossible, et où par suite on trancha dans les tissus morbides il y eut 9 morts, soit 32 p. 100. Bouilly sur 11 hystérectomies a eu également ces deux catégories de malades ; 9 fois l'utérus seul était pris, il n'y a eu qu'un décès ; 2 fois l'utérus

(1) Le Bec. *Hystérectomie vaginale, double pyosalpingite, péritonite septique* (*Gazette des hôpitaux*, 1888).

(2) A. Martin. *Zur Statistik der Totalextirpation bei Carcinome* (*Berlin. Klin. Wochensch.*, n° 5, 1887).

était dépassé et l'on avait cependant cru devoir opérer. Les deux malades moururent, l'une par un abondant suintement sanguin provenant des masses cancéreuses laissées en place, et l'autre d'une péritonite consécutive à une petite déchirure de la vessie (1).

Si l'on analyse les 7 observations d'hystérectomie pour cancer constituant la série que M. Richelot a publiée dans la thèse de son élève M. de Madec (2), comprenant 3 morts

---

(1) HACHE. *Loc. cit.*

(2) DE MADEC. *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus* (Thèse de Paris, 1887). Voici quelques détails empruntés aux observations qui montrent péremptoirement ce manque de limitation du cancer dans les observations précitées :

OBS. II. « Le doigt contourne avec peine la masse morbide et trouve partout les culs-de-sac libres, *sauf à droite où le tissu cancéreux paraît se propager davantage... l'utérus a toujours peine à descendre...* C'est alors que l'exploration attentive du côté droit nous montre l'impossibilité de placer commodément la pince sur le 2e ligament large en *dépassant les limites du mal.* Je me décide à tirer hors de la vulve l'utérus libéré du côté gauche et à placer à droite sur *le tissu morbide friable et saignant* des *pinces de différents modèles*, droites et courbes, qui étreignent les parties dans tous les sens à mesure que je détache l'utérus à coups de ciseaux. » (Fistule urétérale, mort 5 mois après.)

OBS. VI. « Tout paraît souple autour de l'utérus, *mais l'organe lui-même n'est pas très mobile. Je n'examine pas davantage si l'utérus est disposé à descendre admettant qu'avec les pinces à demeure l'abaissement n'est plus une condition sine quâ non de l'opération...* (Opération) : *l'abaissement de l'utérus est tout à fait impossible* et je me résigne à manœuvrer tout au fond de la cavité vaginale... l'opération très laborieuse, a duré une heure trois quarts » (mort 3 jours après).

OBS. VII. « Je trouve une grosse tumeur rétro-utérine faisant saillie du côté du rectum... *enclavée et comme immobile dans le petit bassin.* La consistance de la tumeur *et la présence de deux petits ganglions indolents au pli de l'aine font soupçonner sa nature maligne...* Un mois plus tard, la consistance de la tumeur était plus molle, les *ganglions inguinaux avaient doublé de volume depuis mon premier examen. Au spéculum la paroi vaginale était bleuâtre au-devant de la tumeur et offrait une coloration punctiforme qui donnait du sang sous mes yeux. Je crus pouvoir faire une opération palliative.* » (Hystérectomie vaginale très laborieuse. Blessure de la vessie. Mort le lendemain.)

et 4 guérisons, on arrive aux mêmes conclusions. Pour 3 sur 4 cas où l'utérus était franchement mobile et le néoplasme bien limité (obs. I, III, IV, et V), la guérison a été obtenue et paraissait devoir être durable; dans la seule observation I la mort est survenue par hémorrhagie causée par une ligature infidèle. Des opérées au contraire où le mal avait évidemment dépassé les frontières de l'utérus (obs. II, VI et VII), 2 sont mortes, des suites immédiates de l'opération et l'une (obs. II) opérée en plein tissu morbide avec les plus grandes difficultés et avec production d'une fistule urétérale, n'a en réalité retiré aucun bénéfice des énormes dangers qu'elle avait courus ; elle est morte cinq mois après. On voit aussi par la lecture de ces observations (obs. VII, notamment) que M. Richelot n'attache qu'une attention distraite à la mobilité de l'organe, sûr qu'il est de pouvoir terminer l'opération avec les pinces à demeure. A la vérité, ce dernier point nous paraît ne pas tant intéresser le chirurgien que le malade : terminer l'opération est bien, faire une opération non dangereuse et utile est mieux ; c'est même le seul but qu'on doive poursuivre.

Du reste les préceptes opératoires donnés par notre collègue expliquent, sans la justifier peut-être, sa hardiesse excessive. Il les a formulés à deux reprises, et presque sous la même forme, dans la thèse de M. de Madec (1) d'abord, puis dans un article très intéressant de l'*Union médicale* (2). Je cite textuellement cette dernière rédaction : « Dans les « cas douteux, voici la conduite à tenir : préparez tout pour « l'hystérectomie et exécutez les premiers temps avec pru- « dence. Si l'envahissement n'existe pas, ou commence à « peine, vous irez jusqu'au bout et vous ferez une bonne « opération, sauf que la récidive est à craindre. S'il est trop « avancé, si vous voyez surgir de grosses difficultés, prenez « garde à l'uretère et à la vessie, arrêtez-vous en chemin et

(1) *Loc. cit.*, p. 64.

(2) L. G Richelot. *De l'amputation sus-vaginale irrégulière. Union médicale*, 22 janvier 1888.

« bornez-vous à la sus-vaginale. Seulement, le manuel opé-
« ratoire n'est plus absolument celui que je vous ai décrit
« tout à l'heure ; il faut opérer en plein tissu morbide, pour-
« suivre et fragmenter la tumeur, souvent laisser une nappe
« cancéreuse adhérente à la vessie et au rectum, avec la
« curette enlever les parties friables et gratter le fond de
« l'utérus ; c'est une *amputation sus-vaginale irrégulière* ».

Il ne suffit pas, peut-être, de baptiser une opération pour qu'elle mérite de figurer dans le cadre de la médecine opératoire. M. Richelot, dans la thèse du Dr de Madec (1), avait déjà décoré du nom d'*hystérectomie vaginale palliative* les opérations (comme ses obs. II et VII) où l'on enlève l'utérus au milieu de tissus envahis par la propagation (et, dans la dernière, malgré l'infection ganglionnaire !). Ces deux néologismes nous paraissent également malheureux. Il semblerait, du reste, à certains indices, qu'il y ait eu déjà deux phases dans la pratique de notre collègue, pour les cancers propagés : la première correspondant à l'*hystérectomie (totale) palliative* décrite et recommandée dans la thèse de de Madec, (où malgré les tristes résultats obtenus dans des cas notoirement désespérés il se félicite d' « être plus soucieux de tenter un dernier effort que de fuir les responsabilités ou de ménager la statistique ») (2). La seconde phase serait marquée par l'adoption de l'*amputation sus-vaginale palliative* faite soit de propos délibéré, soit comme *pis-aller* quand une extirpation totale commencée présente trop de difficultés. Si cette évolution s'accentue, nous ne désespérons pas que M. Richelot ne fasse des progrès nouveaux dans la voie que nous croyons être la bonne.

Quoi qu'il en soit, je ne saurais pour ma part accepter cette négligence d'un diagnostic précis, laissant à l'opérateur le soin de ne poser les indications que sous le couteau, comme si une sorte de *dissection exploratrice* pouvait être substituée

(1) De Madec. *Loc. cit.*, p. 60.
(2) *Ibid.*, p. 100.

aux renseignements que nous fournit l'examen clinique du malade.

Du reste, il est bien difficile de combattre une pratique qui paraît encore indécise et flottante. M. Richelot ne se conforme pas, en effet, d'une façon invariable, à la loi dernièrement formulée par lui dans le passage que j'ai copié. Ce n'est pas seulement dans les cas douteux qu'il commence parfois l'hystérectomie, c'est dans des cas de propagation avérée aux parties profondes qu'il la conseille et l'exécute.

J'ai montré par l'analyse de ses observations qu'il n'a pu lui-même méconnaître cette propagation dans les obs. II, VI et VII de la thèse du Dr de Madec où il n'a pas hésité cependant à enlever tout l'utérus. De même dans l'observation d'*amputation sus-vaginale irrégulière* qu'il donne comme type (1), il n'avait pas craint d'entreprendre d'abord une hystérectomie totale, quoique « l'*envahissement du ligament large lui parût certain* », et ne s'est résigné à s'en tenir à une amputation sus-vaginale irrégulière que « *n'ayant plus sur les tissus dégénérés aucune prise qui permette d'abaisser le fond de l'organe.* » Il considère donc (au mois de janvier de cette année), l'*hystérectomie palliative* comme légitime en elle-même, ne fût-ce que « pour calmer les douleurs », et les difficultés opératoires seules semblent l'empêcher d'aller jusqu'au bout.

Je le répète : je repousse formellement une pareille pra-

(1) RICHELOT. *Union médicale*, 1888, p. 111. — (DE MADEC (*loc. cit.*, p. 62), avait déjà publié la même observation.) « Le cul-de-sac antérieur et le droit sont libres; le postérieur est seulement affleuré ; le gauche est pris par une ulcération bourgeonnante qui vient de la partie attenante du col et sous laquelle on sent une induration profonde : l'*envahissement du ligament large me paraît certain. La malade est formellement condamnée par plusieurs de mes collègues. Mais comme elle souffre à l'excès et demande avec instance une opération, je me décide à tenter une hystérectomie qui peut retarder l'évolution du mal et surtout calmer les douleurs.* » (L'opération projetée ne peut être terminée et l'on se borne à une amputation sus-vaginale irrégulière.) « *Malheureusement les douleurs pelviennes continuent aussi violentes que par le passé ; la malade succombe deux mois plus tard.* »

tique et la propagation du mal aux parties voisines me paraît une contre-indication à toute tentative d'opération radicale.

Existe-t-il d'autres contre-indications locales ?

Je n'hésite pas pour ma part à considérer comme contre-indications une étroitesse telle du vagin (1) ou un volume tel de l'utérus que son extraction ne puisse être faite qu'au prix d'efforts violents et à l'aide du morcellement. Parfois le développement excessif de l'utérus est dû au cancer ; d'autres fois à la coexistence de myômes. Le morcellement, procédé précieux, applicable aux corps fibreux purs, volumineux, est très mauvais dans le cas de néoplasme malin, car il expose à l'infection du péritoine par les débris septiques.

Cette augmentation excessive du volume (dépassant celui du poing) peut se rencontrer soit dans certains cancers primitifs du col, soit dans des cancers ayant débuté par le col mais s'étant propagés au corps par l'intermédiaire de la muqueuse, enfin dans certaines formes à noyaux disséminés. Dans ces cas-là, vu la gravité extrême de l'opération de Freund ou extirpation *totale* de la matrice par la voie abdominale (2), je crois qu'il est préférable de s'en tenir au traitement palliatif que j'exposerai plus loin.

J'inclinerais aussi à repousser l'ablation du *corps* seul, sans le col, par la voie abdominale, dite hystérectomie *supravaginale*, pour le cancer. En effet, il n'est guère possible dans ces cas-là d'être sûr à l'avance de ne pas laisser du tissu morbide dans le pédicule, ou de ne pas être conduit, après coup, à terminer l'opération par l'ablation du col en retombant ainsi dans les dangers de l'opération de Freund.

Je crois donc que, lorsque l hystérectomie vaginale n'est pas possible, il vaut mieux, dans le cas de cancer, ne pas tenter une opération par la voie abdominale et s'en tenir au

(1) Quand l'étroitesse n'existe qu'à l'anneau vulvaire, on peut y faire des débridements.

(2) SCHROEDER sur 8 femmes opérées par la méthode de Freund, en a perdu 5, soit 62 p. 100 (*loc. cit.*, p. 319). Hégar indique 71,73 p. 100 et dit qu'on ne connaît pas de guérison persistante.

traitement palliatif très efficace que j'indiquerai plus loin.

5° *Cancer du col envahissant le vagin, primitivement ou consécutivement.* — Cet envahissement est à nos yeux une contre-indication formelle d'opération radicale (non que celle-ci ne soit pas facile à exécuter). Lorsque le cancer a envahi le cul-de-sac antérieur on ne saurait pratiquer la résection de la paroi vaginale sous peine de blesser sûrement les uretères et de s'exposer à ouvrir la vessie. Quant à la résection de la paroi postérieure et latérale du vagin, elle a été faite et décrite par Schröder et Martin (1), depuis longtemps. Reste à savoir si elle est vraiment utile. Or c'est ce qui est contestable. En relisant les observations où cet envahissement du vagin est signalé, on trouve que la récidive a toujours été très prompte. En effet : ou bien il est l'indice d'un grand pouvoir proliférant du mal qui a commencé au niveau du col, ou bien le néoplasme a débuté dans le cul-de-sac vaginal lui-même, au seuil du museau de tanche. Alors on a affaire à une forme rapidement diffuse, galopante, qui, comme le cancer en cuirasse de la mamelle, récidive largement loin de son lieu d'origine : rationnellement ce serait tout le vagin, plus encore que tout l'utérus, qu'il faudrait alors enlever.

6° *Cancer du col propagé non seulement au vagin mais encore à la vessie ou au rectum.* — Tenter dans ces conditions-là une opération radicale et curative nous paraît une illusion funeste. Tel est l'avis du professeur Trélat. Tel n'est pas celui de M. Terrier (2) qui, à l'exemple de Mikulicz, « n'hésitera pas à opérer, dit-il, tant que l'extirpation de la portion envahie du rectum ou de la vessie ne sera pas incompatible avec l'existence ». S'agit-il vraiment de savoir si l'opération est compatible avec la survie de la malade ou bien si elle doit lui procurer un bénéfice réel ? Or c'est ce

(1) SCHROEDER. *Die Krankheiten des weibl. Geschlechtsorganc*, 7e éd., 1886, p. 309. — MARTIN. *Loc. cit.*, p. 311.

(2) T. GOMET. *De l'hystérectomie vaginale en France.* Thèse de Paris, p. 140, 1886.

qu'on est en droit de nier après les nombreuses observations de ce genre où on a vu les opérées succomber rapidement, sans avoir obtenu le moins de répit à leurs souffrances.

En opérant à cette période on ne peut légitimement avoir la prétention d'arrêter la marche du mal ; on le complique encore de l'infirmité dégoûtante d'une large fistule urinaire ou stercorale.

## III

Dans les catégories de faits que je viens d'énumérer et qui sont impropres à la cure radicale, le chirurgien est-il désarmé ? Nullement. C'est présenter la question sous un jour faux que d'avoir l'air de poser l'alternative entre l'inaction totale et l'hystérectomie (1). Il est d'autres opérations palliatives qui, sans exposer la malade à de graves dangers, suppriment ou atténuent momentanément les écoulements fétides, les hémorrhagies. C'est à elles qu'il faut s'adresser.

Martin (2) dont on connaît l'audace souvent heureuse, n'hésite pas à racler le néoplasme et à réunir aussi complètement que possible les surfaces avivées toutes les fois que cela est possible. Mais les cas favorables à cette méthode ingénieuse sont assurément fort restreints.

L'excision des parties malades poussée aussi haut que possible après dissection du col, qualifiée par M. Richelot (3

(1) De Madec. *Loc. cit.* p. 99, 100.

(2) Martin. *Loc. cit.*, p. 312. Von Rabenau. *Berlin minlin. Wock.*, 1883, n° 13.

(3) Il serait injuste toutefois de porter un jugement définitif sur l'*amputation sus-vaginale irrégulière*, d'après le peu d'éléments que nous a fournis pour cela son auteur. Il a en effet soin de nous dire « qu'il a fait bien des fois cette opération et qu'il n'a pas eu lieu de s'en repentir ». Malheureusement les trois faits qu' « il choisit parmi ses observations pour donner quelque idée de sa valeur » offrent les résultats suivants : 1 mort au bout de deux mois — 1 mort en 4 jours — 1 survie constatée au bout d'un an. *Union médicale*, 22 janvier 1888. — M. Richelot mentionne encore incidemment deux exemples de cette opération ; il s'agissait de deux malades opérées à l'hôpital Bichat, l'une en juillet, l'autre en décembre 1887 (obs. inédites). Dans

du nom *d'amputation sus-vaginale irrégulière* me paraît *à priori* un procédé dangereux, le bistouri qui coupe et le doigt qui décolle sont exposés à blesser ou à crever le péritoine et la vessie. L'opération ainsi conduite n'est du reste pas seulement dangereuse : elle est insuffisante ; l'ablation des masses morbides doit, pour être réellement efficace, être complétée par une cautérisation énergique, qui modifie au loin les tissus et va y poursuivre les traînées néoplasiques.

La *technique* a ici une importance capitale. Je vais donc exposer brièvement une manière de faire qui m'a constamment donné d'excellents résultats et dont j'ai publié ailleurs plusieurs observations (1).

Les instruments dont je me sers sont les cuillers tranchantes de Simon (très analogues aux curettes de Sedillot et de Volkmann) et le fer rouge, cautères actuels olivaire et en roseau.

La curette tranchante attaque très facilement les masses cancéreuses. En se servant de cuillers d'un gros modèle, on évide rapidement les fongus les plus volumineux, puis on achève le nettoyage complet du col, des culs-de-sac et de la cavité utérine avec des cuillers plus petites. Il faut manœuvrer avec prudence et toujours très doucement dans le curettage intra-utérin pour cancer, en ayant soin de n'attaquer les surfaces qu'obliquement. On évite ainsi tout danger de perforation.

Pour cette manœuvre on doit fixer l'utérus avec des pinces tire-balle ou de Museux, l'attirer le plus possible, et en tout cas rendre les parties accessibles à la vue avec des valves. Je me suis bien trouvé, dans une occasion où je redoutais une hémorrhagie (2), de la ligature préalable et temporaire

---

les deux cas la vessie fut ouverte (*Union médicale* du 19 février 1888). Il n'y a pas encore là de quoi nous encourager beaucoup.

(1) DESPRÉAUX. *Du curettage de l'utérus, indications et technique* (Thèse de Paris, 1887). — ADRIEN POZZI, p. 22. *Le traitement du cancer de l'utérus* (Thèse de Paris, 1888).

(2) DESPRÉAUX. *Loc. cit.*

des artères utérines à travers des culs-de-sac vaginaux, pratiquée suivant les préceptes de Schröder.

Le curettage est fait sous une irrigation continue d'eau phéniquée faible (10/1000), qui nettoie incessamment le champ opératoire et maintient l'antisepsie. On peut aussi absterger les parties avec de petits tampons de coton hydrophile montés sur des pinces.

Il est nécessaire de procéder le plus rapidement possible, car il y a toujours à craindre une perte de sang assez abondante. On gratte et l'on *rabote* les tissus du col tant que l'on sent une consistance friable, qui est l'indice de la dégénérescence néoplasique : les parties restées saines ont conservé plus de résistance et *crient sous la curette*, ce qui permet de faire cesser à temps son action ; on peut dire que cet instrument, bien manié, fait automatiquement une sélection naturelle entre les tissus normaux et les tissus dégénérés.

Le curettage terminé et s'il a été intra-utérin une injection intra-utérine ayant été donnée avec la sonde à double courant Fritsch-Bozeman, l'opérateur essuie rapidement les tissus évidés et y porte un fer chauffé au rouge vif.

Le cautère actuel emmagasine une quantité de calorique bien supérieure au thermo-cautère ou au galvano-cautère. Il est pour cela préférable. On ne doit pas prolonger le contact du fer rouge avec les tissus plus de deux secondes ; on le retire et on fait une injection (phéniquée faible) froide pour s'opposer à un rayonnement excessif ; on essuie et on recommence, touchant au moins deux fois les mêmes surfaces, et promenant le fer rouge dans toutes les anfractuosités ; on doit pour cela en avoir à sa disposition de différentes grosseurs et de formes diverses. S'il s'agit d'un cancer du corps, il ne faut pas hésiter à plonger le fer rouge au fond de l'utérus, ainsi que je l'ai fait plusieurs fois sans aucun accident.

On termine par une grande irrigation froide et le placement d'un tampon iodoformé qui restera dans le vagin quatre jours.

J'ai obtenu par ce moyen de véritables résurrections apparentes, grâce à la cessation complète de l'hémorrhagie et de la résorption putride (1).

Le fer rouge n'est pas en pareil cas seulement un hémostatique précieux, qui permet une hardiesse bien plus grande. Il achève de détruire sur place la couche de néoplasme qu'on a laissée adhérente, et, par son rayonnement, va poursuivre au loin les nids de cellules cancéreuses infiltrées dans les tissus sains, lesquels résistent mieux à son action destructive. Le tissu inodulaire qui succède à la cautérisation est de plus une barrière longtemps suffisante contre la pullulation quand elle se produit. On modère d'abord celle-ci avec des attouchements au chlorure de zinc ; puis, s'il est nécessaire, on a recours de nouveau au curettage et à la cautérisation. J'ai pratiqué ainsi jusqu'à quatre opérations palliatives, à quelques mois de distance, sur la même malade, avec les meilleurs résultats.

## IV

J'arrive maintenant à la *technique* de *l'opération curative* ou *hystérectomie vaginale*. Je me bornerai à présenter quelques remarques relatives à l'un des points les plus discutés : je veux parler de l'hémostase.

L'*hémorrhagie* est en effet un danger très grave ; elle prend sa source soit dans les artères vaginales (origine souvent méconnue), soit dans les vaisseaux de l'utérus, artère utérine et utéro-ovarienne, dont la ligature manque ou cède, soit enfin dans le tissu morbide laissé en place et qui continue à saigner indéfiniment.

Cette dernière hémorrhagie (dont est morte la malade de M. Bouilly citée plus haut) sera toujours évitée si on se conforme aux préceptes que j'ai énoncés de n'opérer jamais que dans les tissus sains. Restent les deux autres sources, vais-

(1) ADRIEN POZZI. *Loc. cit.*, p. 75 et suiv.

seaux du vagin, vaisseaux de l'utérus. Quelques mots sur chacun de ces points.

*Hémostase des vaisseaux vaginaux.* — On néglige généralement d'y procéder avec méthode, se contentant de placer quelques pinces ou quelques ligatures isolées. J'ai adopté depuis plus d'un an la technique de Martin, que je lui avais vu employer avec un grand succès.

Voici comment je procède : Le vagin, bien désinfecté depuis plusieurs jours, est largement étalé par des valves et des écarteurs ; le col est abaissé autant que possible et l'irrigation continue est faite avec une solution tiède, phéni-

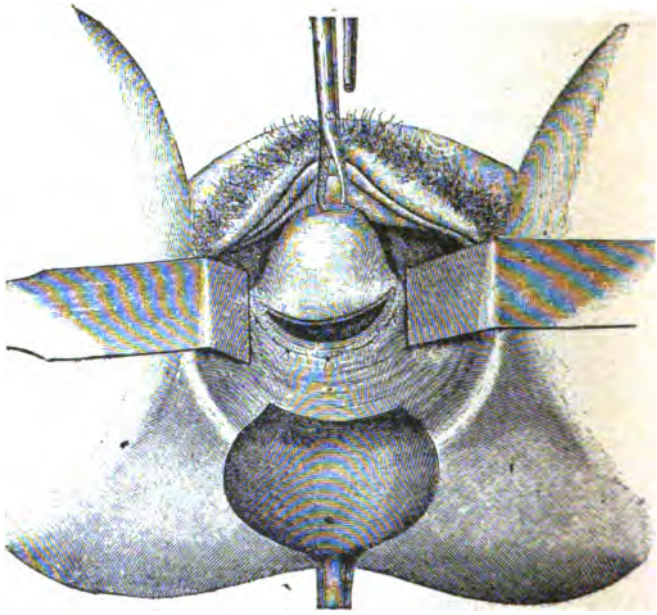


FIG. 1. — Ouverture du cul-de-sac postérieur et suture du vagin (d'après MARTIN).

quée à 10/1000. Le col est porté en avant et le cul-de-sac postérieur tendu est incisé dans toute sa largeur jusqu'au péritoine. L'index de la main gauche est insinué dans cette boutonnière et, avec une aiguille très fortement courbée, on

place une série de points de suture tout le long de la tranche vaginale, en y comprenant toute l'épaisseur des tissus jusqu'au péritoine inclusivement. On obtient ainsi une hémostase parfaite de ce côté, et on empêche les décollements de se produire dans les manœuvres ultérieures (fig. 1). Si l'on est obligé de traverser une grande épaisseur de tissus avant d'arriver au cul-de-sac de Douglas, on peut placer deux plans de suture superposés.

On change alors d'aiguille, on en prend une plus longue, plus forte et moins surbaissée pour placer de chaque côté de son incision deux grands points de suture en masse, comprenant la partie postérieure des culs-de-sac latéraux du vagin et allant profondément saisir, dans l'épaisseur du plan-

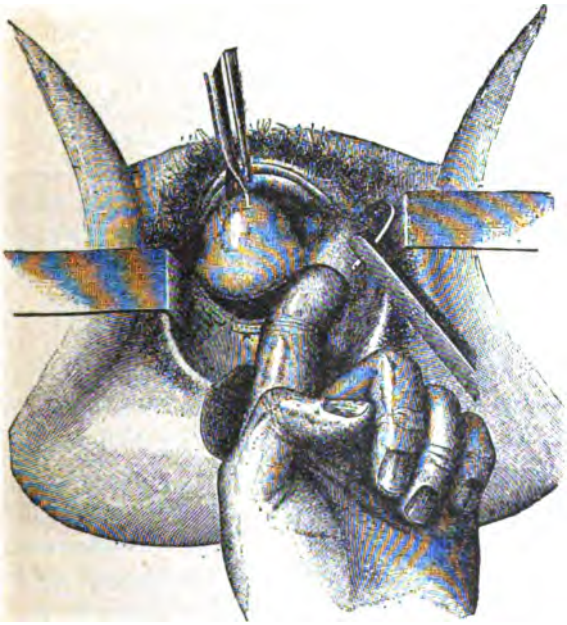


FIG. 2. — Suture du plancher pelvien (d'après MARTIN).

cher pelvien à la base des ligaments larges, les branches inférieures de l'artère utérine ou même le tronc de ce vaisseau.

Pour cela il faut placer son index dans l'incision postérieure, et aller à la rencontre de la pointe de l'aiguille en déprimant fortement les parties (fig. 2). L'aiguille entre à deux centimètres de distance de l'angle de la plaie et, dès qu'on sent sa pointe avec l'index, on va à sa recherche avec le porte-aiguille, on l'attire et on la fait ressortir à un centimètre en arrière de son point d'entrée, de façon qu'elle étreigne à peu près un centimètre du cul-de-sac vaginal : on doit se servir de soie très forte pour cette ligature et serrer beaucoup. On passe ensuite un à deux autres points de suture de chaque côté, en avant du premier, mais plus près du col. De cette façon, tous les vaisseaux se trouvent oblitérés du côté du vagin avant qu'on ait incisé circulairement autour du col, ce qui peut se faire désormais presque sans effusion de sang. Trois ou quatre points de suture placés de suite sur la tranche des tissus divisés donnent une hémostase parfaite.

On n'a pas à redouter l'uretère, qui est situé plus en avant et qui du reste est très remonté grâce à la traction énergique faite sur le col utérin.

*Hémostase des vaisseaux de l'utérus et des annexes.* — La vessie étant détachée, l'utérus ayant été attiré en arrière et renversé dans la plaie, le ligament large se présente à l'opérateur de bas en haut. On en fait la ligature en trois *paquets* distincts, sans qu'il soit besoin d'entre-croiser les fils et de faire une suture en chaîne, ce qui me paraît ici plus nuisible qu'utile et complique la technique. On fait d'abord cette ligature et cette section à gauche ; avant de détacher entièrement l'utérus, il est bon de déplacer un point solide qui réunisse la partie inférieure du pédicule du ligament large à la commissure de la plaie vaginale. On procède ensuite de même du côté droit et l'on finit en sectionnant les derniers liens qui retiennent l'organe, en particulier le cul-de-sac utéro-vésical du péritoine.

Le renversement de l'utérus en arrière facilite beaucoup l'opération et je crois qu'on pourra toujours l'accomplir, si on a suffisamment libéré en bas les insertions du plancher

pelvien, ce qui n'offre aucun danger d'hémorrhagie après la ligature préalable que j'ai décrite. Afin de ne pas souiller la plaie péritonéale par le contact du col cancéreux, je respecte le cul-de-sac vésico-utérin du péritoine jusqu'à la fin de l'opération. Pour la même raison, je repousse tout morcellement de l'utérus, ou sa section sur la ligne médiane, comme l'a préconisée Müller. Il faut s'efforcer de *manier* le moins possible les tissus malades, ce qu'on ne peut s'empêcher de faire dans les manœuvres du morcellement.

La ligature des ligaments larges doit-elle céder le pas à la forcipressure ? Beaucoup de chirurgiens éminents à l'exemple de M. Richelot (1), soutiennent cette opinion. Je ne saurais la partager.

---

(1) Voici quelques données historiques sur la forcipressure à demeure dans l'hystérectomie, qui ne paraissent pas être très connues.

En 1882, Spencer Wells (*Ovarian and uterine Tumours*, p. 526) s'exprimait ainsi : « Je n'ai jamais fait l'hystérectomie vaginale ou abdominale sur l'utérus non gravide et j'hésite par suite à m'étendre sur le procédé opératoire ; je crois pourtant qu'il y aurait un moyen de simplifier grandement l'opération : ce serait d'attirer en bas l'utérus, de séparer l'insertion du vagin le plus près possible du tissu utérin ou exactement sur les points où se réfléchit le péritoine, puis de s'assurer de tout vaisseau saignant en y appliquant une pince ; ne pas se servir de ligature, mais laisser les pinces pendre hors du vagin durant deux ou trois jours jusqu'à ce que tout danger d'hémorrhagie ait disparu. On pourrait les disposer de manière à remplir le double effet d'arrêter l'hémorrhagie et de rendre superflues des sutures péritonéales. Il est très peu probable que si les pinces étaient laissées à demeure deux ou trois jours il pût survenir quelque hémorrhagie ».

Au mois de janvier 1885, A. Duncan (*Obstetrical Transactions*, vol. XXVII, p. 26) lisait un travail important à la Société obstétricale de Londres où il critiquait longuement le procédé de la forcipressure proposé par Spencer Wells.

En mars 1886, un élève de Spencer Wells, Chas. E. Jennings publie dans *The Lancet* (vol. I, p. 682, 825) des leçons faites au Cancer Hospital, renfermant le récit d'opérations d'hystérectomie qu'il y a pratiquées. Une de ces opérations fut faite le 30 octobre 1885 ; échec des ligatures : forcipressure à demeure de nécessité ; guérison. D'après ce succès, Jennings, dans les réflexions qui suivent, donne le choix au chirurgien entre la forcipressure et la ligature. Il conseille de laisser les pinces en place 36 à 48 heures.

M. Richelot, le 11 novembre 1885, relatant à la Société de chirurgie un

La forcipressure à demeure est un procédé de nécessité que tout opérateur peut être obligé d'employer dans l'hystérectomie, exceptionnellement, comme dans toute autre opération, ablation de tumeur ou amputation. Mais c'est à tort qu'on en a généralisé l'emploi et que l'on a transformé en règle un expédient. La raison en est, me semble-t-il, dans les indications opératoires défectueuses posées, au moins au début, pour l'hystérectomie, par les partisans des pinces. Il n'est pas douteux que la ligature est très pénible et même parfois impossible quand le cancer a dépassé les limites de l'utérus et a envahi les ligaments larges. Si donc l'on ne considère pas cette extension comme une contre-indication, la forcipressure deviendra souvent une nécessité et par la suite une règle : en effet, l'organe ne s'abaisse pas, on opère

---

cas de mort par hémorrhagie après l'emploi de la ligature, *propose* la forcipressure à demeure. Il la *pratique* de propos délibéré le 28 avril 1886 (*Communication à l'Académie de médecine* du 13 juillet 1886 (voy. l'*Union médicale*) et la décrit comme procédé de choix pour tous les cas.

M. Péan n'a publié qu'en 1886 dans la thèse de Gomet (*De l'hystérectomie vaginale en France*) une opération datant du 19 juin 1885 où il avait employé la forcipressure à demeure (de nécessité) dans une hystérectomie pour myxosarcome.

En résumé : Spencer Wells, en Angleterre, a le premier proposé le procédé de la forcipressure à demeure *de choix* en 1882. Richelot, en France, l'a proposée en novembre 1885. L'opération de l'hystérectomie avec forcipressure à demeure a été faite pour la première fois en Angleterre par Jennings en octobre 1885 et publiée en mars 1886. La première opération analogue en France a été faite par M. Péan en juin 1885, mais est restée inédite jusqu'après la publication par Richelot de son opération d'avril 1886.

Celui-ci est certainement le véritable *vulgarisateur* de l'emploi systématique des pinces dans l'hystérectomie ; mais il n'en est pas l'*inventeur* et il se faisait une certaine illusion quand, dans sa communication à l'Académie du 13 juillet 1886, il disait : « Je puis donc affirmer que nul chirurgien n'a encore mis en pratique le procédé que je conseille, pour la même opération et dans les mêmes termes, c'est-à-dire en laissant les pinces longues à demeure dans la cavité pelvienne en plein péritoine, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures pour simplifier l'acte opératoire, abréger la manœuvre intrapéritonéale et assurer l'hémostase définitive » (*Union médicale*, 18 juillet 1886). Jennings avait précisément fait cela près d'un an auparavant et l'avait publié.

à une grande profondeur, on sectionne des tissus morbides sur lesquels les ligatures glissent. Par contre, si l'on s'abstient systématiquement de prendre le bistouri dans les cas de cancer propagé, on n'aura plus à faire l'hystérectomie que dans des cas où la ligature est facile. Si les partisans des pinces reviennent (comme on peut déjà le prévoir à certains indices) de l'excessive hardiesse de leur pratique première, je ne désespère pas de les voir retourner à la ligature.

Changer les indications doit conduire forcément à changer la technique opératoire, car la *forcipressure à demeure n'est vraiment nécessaire que dans une hystérectomie qui n'aurait pas dû être entreprise.*

Ce procédé, inutile dans les opérations typiques, est-il au moins dépourvu d'inconvénients et de dangers ? M. le Prof. Demons a répondu à cette question avec une grande autorité. Je n'insisterai donc pas sur ce point et me bornerai à une énumération sommaire :

Le placement des pinces est loin d'être toujours une opération facile. On procède souvent au hasard au fond de la cavité pelvienne au milieu d'organes délicats et vulnérables. Il y a loin entre la pratique laborieuse relatée par les observations mêmes des opérateurs les plus familiers avec cette technique spéciale, et la séduisante facilité des préceptes théoriques.

Tantôt la pince a passé à travers le ligament large en le dédoublant (1) ; tantôt le ligament s'étale sous la pression, et une artère ovarienne donne inopinément du sang au moment où la section s'achève (2) ; tantôt la pince se luxe et n'étreint pas les tissus (3). Un inconvénient plus grave de l'instrument est d'accrocher la vessie et de la crever (4), ou de pincer l'uretère (5), ou d'amener par compression le spha-

(1) RICHELOT, in Thèse de MADEC, p. 93.
(2) *Id.*, *ibid.*, p. 87.
(3) *Id.*, *ibid.*, p. 90.
(4) *Id.*, *Union médicale*, 1888, p. 275.
(5) *Idem.* Thèse de MADEC, p. 80.

cèle du rectum (1). Remarquons à ce sujet qu'il n'est pas nécessaire, pour produire une mortification de l'intestin, que les pinces aient saisi entre leurs mors ses parois ; la pression d'une seule ou encore de deux pinces voisines et croisées peut amener cet accident.

L'hémostase est-elle du moins assurée par la forcipressure systématique ?

Pas toujours. Lorsqu'on procède en liant pas à pas, ainsi que je l'ai indiqué, il est facile, si une ligature cède, de la remplacer immédiatement avant d'aller plus loin ; mais, lorsqu'on a remplacé une ou plusieurs pinces et sectionné le ligament large, si celui-ci vient à s'échapper des mors qui l'étreignent, il fuit en totalité hors de la portée de l'opérateur et saigne par une large tranche désormais presque inaccessible. J'ai été *témoin* d'une mort par hémorrhagie dans de pareilles circonstances. Est-ce le seul cas de ce genre ? Il serait téméraire de l'affirmer : De Madec ne mentionne-t-il pas incidemment « une opérée chez laquelle un chirurgien des hôpitaux ne put achever l'hémostase du ligament large envahi par le cancer et qui mourut d'hémorrhagie dans la journée ? » (2).

Je ferai un autre reproche à l'emploi des pinces. Le faisceau parfois considérable de ces instruments (3) encombre le vagin, gêne l'application d'un pansement méthodique et enfin provoque le sphacèle des tissus étreints par les mors : ce ne sont pas là de bonnes conditions pour une exacte antisepsie, et l'on ne saurait dès lors s'étonner que les plus belles

(1) Duplouy, de Rochefort. Congrès français de chirurgie, 1886. — Kuester (de Berlin). *Union médicale*, mars 1888.

(2) De Madec. *Loc. cit.*, p. 61.

(3) « Je me décide à tirer hors de la vulve l'utérus libéré à gauche et à placer à droite sur le tissu morbide friable et saignant, des pinces de différents modèles droites et courbes qui étreignent les parties dans tous les sens... Il reste *six pinces* appliquées sur le tissu cancéreux. » Richelot. Thèse de Madec, p. 79.

statistiques d'hystérectomie vaginale soient dues à des auteurs qui emploient les ligatures (1).

Une autre considération, qui n'est pas sans importance : l'ablation des pinces est toujours douloureuse, souvent même, chez les femmes irritables et épuisées, elle constitue une véritable opération en petit qui provoque un ébranlement nerveux très pénible.

Enfin je terminerai par un reproche qui n'est pas à mes yeux le moindre.

Par la hardiesse excessive qu'a provoquée ce moyen d'hémostase présumé facile, qui semble mettre l'hystérectomie à la portée de tous les praticiens, la forcipressure a démesurément multiplié le nombre des opérateurs non qualifiés et des opérations injustifiées. Certes, on ne peut lui refuser d'avoir vulgarisé l'hystérectomie vaginale ; mais n'est-ce pas souvent au préjudice des malades et de la chirurgie ? Qui dira le nombre des victimes de cet engouement qui a fait demander en peu de mois à nos fabricants d'instruments plus de pinces longues de modèles variés qu'ils ne vendaient autrefois de lancettes ?

Assurément, les principaux champions de la forcipressure systématique sont des chirurgiens très habiles et très instruits ; il est à craindre cependant qu'en prônant un procédé dont la simplicité théorique cache de si gros dangers, ils n'aient surtout amené ce double résultat : étendre l'opération à des cas où l'opération trop tardive ne pouvait donner aucun bénéfice réel et exposait excessivement la vie des malades ; faire tomber l'hystérectomie entre les mains de praticiens incompétents ou de gynécologistes novices.

Je publierai, dans le prochain numéro, sept observations d'hystérectomie vaginale, dont une pour corps fibreux et six pour cancer : ces dernières ont donné cinq guérisons.

---

(1) Voy. plus haut les séries empruntées au mémoire de Martin. Par contre, l'un des plus habiles opérateurs qui emploie la forcipressure systématique a publié récemment sa statistique : 18 opérations, 4 morts, soit 22 0/0. (TERRIER, *Revue de chirurgie*, 10 *mai* 1888.)

# TROIS CAS DE SALPINGO-OVARITE OPÉRÉS PAR LA LAPAROTOMIE ET SUIVIS DE GUÉRISON

Par le Dr **Terrillon**, Professeur agrégé, Chirurgien de la Salpêtrière.

J'ai déjà présenté devant l'Académie de médecine en 1887, six observations d'inflammation de la trompe utérine et des ovaires, enlevés par la laparotomie, et pour lesquelles l'intervention chirurgicale a été suivie d'un excellent résultat. Deux autres cas de pyosalpingite et d'hématosalpingite traités par le drainage après la laparotomie, ont été publiées par moi dans le Bulletin de la Société de chirurgie, 1887. Comme cette opération est encore récente et n'est pas acceptée par tous les chirurgiens, malgré les succès obtenus aussi bien à l'étranger, qu'en France et par moi-même, j'ai cru qu'il était utile de publier trois nouveaux succès.

Les malades que j'ai opérées ont été non seulement soulagées de douleurs continues qui les tourmentaient depuis longtemps, mais leur santé profondément altérée est redevenue normale. Je pourrais ajouter que la vie était menacée chez la plupart à brève échéance et que maintenant elles n'inspirent plus aucune crainte.

J'ai donc la conviction qu'il était nécessaire de faire connaître ces résultats qui prouvent que la chirurgie peut rendre d'immenses services à des malades auxquels les soins médicaux les plus éclairés ne peuvent donner aucun soulagement durable.

La lecture de ces observations démontrera nettement l'utilité de cette intervention chirurgicale. J'ajouterai que les trois faits que je présente actuellement, diffèrent de ceux dont j'ai lu le résumé devant l'Académie et à propos desquels M. le Prof. Cornil (1) a eu l'extrême obligeance de faire un rapport.

(1) Présentation 31 mai 1887. Rapport de M. Cornil, du 26 juillet 1887. 2e présentation 27 septembre 1887.

Dans mes premières observations, la maladie était caractérisée par l'augmentation, souvent considérable, des trompes, remplies de pus ou de sang et formant des tumeurs de volume variable. Ainsi constituée, elle donnait des signes qui rendaient le diagnostic facile et fournissaient à l'intervention chirurgicale des indications décisives.

Ici, au contraire, dans mes trois nouvelles observations, il s'agissait d'une inflammation chronique de la trompe et de l'ovaire, sans rétention de liquide dans la cavité tubaire. La trompe augmentée de volume constituait une tumeur assez petite, difficile à apprécier par les moyens ordinaires d'investigation. Les organes étaient très adhérents au péritoine du petit bassin.

Le diagnostic était donc difficile et cependant les troubles graves éprouvés depuis longtemps par les malades, commandaient une intervention active.

Obs. I. — Mme X..., âgée de 34 ans, brune, forte et ordinairement bien portante, a été réglée à 14 ans. Elle eut cinq enfants, l'aîné à 19 ans, et elle a eu le dernier à l'âge de 24 ans.

Aucune altération dans sa santé ne se montra après ses couches.

A l'âge de 28 ans, elle devint veuve et son mari qui fut malade pendant deux ans, mourut d'une affection purulente de la vessie, de nature indéterminée.

Peu après son veuvage, Mme X. fut prise de douleurs violentes, dans le côté gauche du bas-ventre, avec irradiation dans les reins dans l'aine et dans la région anale.

Les règles étaient précédées d'une période douloureuse durant 7 ou 8 jours ; l'écoulement de sang amenait un soulagement marqué ; souvent elle eut des accès sérieux avec frissons, vomissements et menaces de péritonite.

Soignée alors pour une métrite, elle subit plusieurs traitements locaux, cautérisations au fer rouge, et fut envoyée à différentes eaux minérales. Toujours souffrante quand elle marchait, elle ne pouvait supporter la voiture, et avait des crises douloureuses, avec sentiment de tension douloureuse surtout à gauche, mais aussi un peu à droite et profondément. Il lui semblait que quelque chose se remplissait, devenait dur, lourd, douloureux et se vidait en pro-

voquant un écoulement muco-purulent. Ces écoulements furent surtout manifestes depuis trois ans, et ils étaient assez abondants parfois pour tacher abondamment le linge.

En 1887, elle commença à maigrir d'une façon notable ; la face devint terreuse et le faciès utérin se prononça plus complètement. La malade se plaignait de fatigue, de courbature, et d'une tendance à avoir le creux des mains et les tempes couvertes de sueur.

En même temps, l'appétit était nul ou capricieux, avec des nausées, la constipation opiniâtre, les urines rares et troubles.

On la crut menacée de phtisie et elle fut traitée comme telle.

Cet état empirait et les douleurs abdominales devenaient plus pénétrantes ; cependant l'utérus paraissait sain ; l'écoulement utérin ordinaire était limpide et analogue à du blanc d'œuf. En janvier 1888, son médecin, ayant demandé à être prévenu du moment où se produisait un de ces écoulements purulents qui terminaient ordinairement une des crises douloureuses, put recueillir, dans le cul-de-sac vaginal et sortant de l'utérus, du liquide purulent. Celui-ci contenait des globules de pus en abondance, mais sans bacilles.

Cette constatation lui fit penser à une affection des trompes, malgré le résultat négatif de l'exploration des culs-de-sac vaginaux, qui ne faisait que provoquer une douleur vive. Presque certain de son diagnostic, il me présenta sa malade pour l'examiner avec soin.

A ce moment, la fièvre hectique, avec 38°,5 de température, existait tous les soirs ; le côté gauche de l'abdomen dans le fond du bassin était très douloureux, et la douleur s'irradiait du côté du rein gauche avec violence. A droite la douleur était moindre et en partie négligeable.

La malade est maigre, pâle, la face est terreuse et elle n'a plus de forces ; l'alimentation est insuffisante. Avant son départ pour Paris, elle a eu une crise qui a duré 8 jours et à la suite de laquelle elle a perdu du liquide muco-purulent.

Le 10 février, je l'examine avec le Dr Budin, et nous constatons nettement une petite masse dure, peu mobile, située au-dessus du cul-de-sac gauche, qu'il faut déprimer avec force pour l'atteindre. Elle est très douloureuse.

Du côté gauche, on ne sent rien de manifeste, mais le doigt provoque une vive douleur.

L'utérus est encore assez mobile; sa cavité est de 8 centimètres; il est en antéflexion légère normale. Par le col sort un liquide transparent albumineux. Cet organe n'est pas douloureux.

Le diagnostic de salpingo-ovarite à gauche et probablement aussi à droite (car la dualité est la règle) nous semble donc assuré; aussi proposons-nous l'opération qui eut lieu le 14 février 1888.

Je la pratique avec l'aide de M. Routier.

L'opération dura une demi-heure.

Une incision est faite au-dessus du pubis et médiane, permettant d'introduire deux doigts.

La trompe et l'ovaire gauche fixés par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas, sont séparés avec difficulté et amenés au dehors. Trois ligatures en soie au niveau de la corne utérine assurent l'hémostase.

La trompe et l'ovaire droits sont fixés par des adhérences derrière la branche horizontale du pubis, à côté de l'utérus. Cette position explique pourquoi on ne pouvait les sentir ni par le toucher vaginal ni par le palper abdominal. Dans cette situation, en effet, lorsqu'on explore avec les deux mains, le doigt vaginal et les doigts appliqués sur l'abdomen ont une tendance à se porter vers l'axe du bassin. Tout organe caché derrière la ceinture osseuse du bassin, se trouve donc compris dans un espace que les doigts ne peuvent atteindre.

Ces organes sont enlevés après avoir placé trois ligatures.

Nettoyage simple du bassin avec des éponges montées. Fermeture de l'abdomen avec quatre sutures au fil d'argent.

Les suites de l'opération furent bonnes et les douleurs disparurent. Un abcès survenu au niveau d'un des fils de la suture abdominale, donna seulement un peu de fièvre et de malaise.

*Examen des pièces.* — Les deux trompes sont grosses comme l'index, bosselées, plus volumineuses du côté de l'extrémité péritonéale, qui est oblitérée. Les franges ont disparu.

Elles sont d'un rouge vif, très vasculaires, couvertes de fausses membranes saignantes, surtout vers leur grosse extrémité.

Au-dessous d'elle et fixés par de nombreuses adhérences, se trouvent les ovaires, couverts de membranes rougeâtres.

L'ovaire droit, plus gros, est bosselé et présente de nombreux kystes sanguins, probablement dus à l'évolution vicieuse des follicules de de Graaf.

Au centre existe un kyste dermoïde rudimentaire, de la grosseur d'une bille. Il contient de la matière sébacée et une touffe de poils très fins, implantés sur un bourgeon de la paroi.

L'ovaire gauche, plus petit, bosselé, recouvert également de membranes vasculaires, semble avoir déjà subi un certain degré d'atrophie.

Sur une coupe des trompes, on constate l'épaississement considérable de leur paroi, qui leur donne un aspect spécial.

Examen histologique pratiqué par M. Vignard, dans le laboratoire de M. Cornil.

*Trompes.* — De grosses végétations pédiculées et entièrement amifiées, remplies de cellules embryonnaires et revêtues d'épithélium cylindrique vibratile remplissent la cavité de la trompe, cavité peu dilatée d'ailleurs.

FIG. 1. — Trompe hypertrophiée avec végétations sur les muqueuses.

FIG. 2. — Végétations de la muqueuse et la trompe vue à un grossissement de 1/10.

La tunique musculaire est très épaissie et infiltrée çà et là d'îlots épars de cellules embryonnaires.

Ni bacilles, ni gonococcus dans le liquide, qui est muco-purulent.

Petit kyste dermoïde dans l'ovaire droit, de la grosseur d'un œuf de pigeon, composé d'une paroi mince dans laquelle on distingue

du tissu conjonctif, des fibres lisses et quelques vestiges de cellules épithéliales.

Ce kyste est rempli en partie par du sebum, en partie par une grosse végétation implantée sur un point de la paroi.

Cette végétation a une surface papillaire revêtue d'épithélium en partie desquamé.

Elle renferme de nombreux poils et des follicules sébacés, les uns s'ouvrant directement à sa surface, les autres dans la gaine des poils. A l'intérieur de cette grosse végétation, nombreuses cellules adipeuses et tissu conjonctif lâche. Au niveau de son point d'implantation, tissu conjonctif.

Fibres musculaires lisses et une cavité sinueuse tapissée d'épithélium cylindrique vibratile.

Obs. II. — Mme B..., âgée de 35 ans, entre à la Salpêtrière, le 14 février 1888. Elle est grande, pâle et très anémiée.

Réglée à 14 ans, elle n'eut aucun trouble de la menstruation jusqu'à 30 ans. A cette époque, une grossesse normale fut suivie d'un accouchement assez pénible qui la retint au lit pendant plus d'un mois, avec des douleurs du côté gauche. Elle se rétablit, mais resta maladive. A 32 ans, une fausse couche de 4 mois environ, accompagnée d'une perte abondante, la rendit très malade pendant plusieurs mois.

Depuis cette époque les règles sont douloureuses, très pénibles, et souvent précédées pendant plusieurs jours de vives douleurs, surtout du côté gauche de l'abdomen, profondément dans la région des ovaires. Miction douloureuse, constipation opiniâtre, douleurs en marchant et à chaque secousse, tels sont les phénomènes les plus saillants que la malade éprouve pendant plus de 2 ans.

Au mois d'août 1887, elle eut un accident pulmonaire avec fièvres, frissons, crachats sanguinolents, qui dura pendant plusieurs semaines, et laissa chez elle un grand affaiblissement.

A ce moment les règles se sont supprimées pendant cinq mois, mais les douleurs abdominales, surtout à gauche, existaient toujours. En janvier 1888, les règles ont reparu, mais très abondantes, pendant cinq jours, précédées et accompagnées de douleurs vives, avec vomissements.

Quelques jours après, nouvelle perte qui dure 7 à 8 jours.

Enfin, dans les premiers jours de février, une perte aussi abondante et accompagnée de douleurs très vives affaiblit beaucoup la malade.

Examen de la malade : Cette malade est très pâle, amaigrie, ne peut quitter son lit ; elle a des nausées continuelles et une constipation très rebelle.

Le soir elle se plaint de phénomènes congestifs surtout du côté de la face, avec sueurs aux mains, aux pieds et sur le devant de la poitrine. Langue saburrale. Pouls fréquent. Température 38°,5.

L'examen local permet de constater les signes suivants : Par la pression sur la paroi de l'abdomen au niveau des régions ovariques, on provoque une douleur vive, mais sans arriver à trouver une lésion profonde, surtout à gauche.

Le toucher vaginal indique que le col utérin est un peu abaissé, dirigé à gauche et l'utérus en partie immobilisé, mais peu douloureux. En déprimant le cul-de-sac droit on trouve le corps de l'utérus entraîné de ce côté, mais sans percevoir autre chose qu'un empâtement vague et douloureux.

Du côté gauche au contraire on sent nettement une petite masse, bosselée, située assez bas et empiétant derrière l'utérus. Elle est le siège d'une douleur vive, exquise et caractéristique.

Il semble qu'elle est accolée au bord de la face postérieure de l'utérus.

En présence de la marche de la maladie, des symptômes continus éprouvés par la malade, du trouble des règles et surtout de l'examen local, je n'hésite pas à admettre une maladie de l'appareil tubo-ovarien, surtout marqué à gauche. Une opération me semble seule capable de guérir cette malade qui est épuisée et souffre depuis si longtemps.

Elle a maigri depuis cinq mois de 15 livres. Les bronches sont un peu altérées et le sommet du côte droit semble suspect. Malgré cela je propose l'opération.

L'opération est pratiquée le 25 février, avec le Dr Routier.

L'incision médiane est assez longue pour permettre l'introduction de quatre doigts, car la lésion est profonde.

Je trouve l'ovaire et la trompe gauche augmentés de volume, et situés au fond du bassin à côté et derrière l'utérus. L'adhérence du péritoine est telle que ce n'est qu'avec beaucoup de patience

que j'arrive à les détacher complètement. Le pédicule est coupé après avoir posé trois ligatures.

A droite, je sens vaguement la masse peu volumineuse formée par la trompe et l'ovaire, mais tellement adhérente et recouverte de fausses membranes dures et devenues lisses qui se confondent avec le péritoine, qu'il m'est impossible d'insinuer les doigts entre les organes malades et la séreuse. L'adhérence de ces parties me semble indélébile et elles sont comme aplaties sur le plancher du bassin. Aussi, après quelques tentatives, je les laisse en place; cela me semble d'autant plus rationnel qu'ils paraissent atrophiés et complètement englobés dans le plancher du bassin.

Cependant je romps quelques adhérences fibreuses qui les unissaient à l'intestin et aussi à l'appendice iléo-cœcal, et qui semblent être la cause des douleurs ressenties par la malade à ce niveau.

Le nettoyage du péritoine est fait avec des éponges montées; la perte de sang a été peu abondante.

Fermeture de la plaie avec quatre fils d'argent. L'opération a duré une demi-heure.

*Examen des pièces.* — La trompe est épaisse, grosse comme le doigt, très vasculaire, oblitérée, et unie à l'ovaire bosselé, rouge et couvert de fausses membranes épaisses.

*Examen histologique.* — La trompe gauche est très congestionnée et offre une coudure d'angle droit.

Le diamètre égale celui d'une pièce de 0,20 cent.

La cavité peu dilatée est remplie d'un peu de sang. A la coupe, on constate que les parois musculaires sont épaissies, et des végétations revêtues d'épithélium font saillie dans la cavité et la remplissent en partie. L'ovaire correspondant présente plusieurs hydropisies folliculaires.

Les suites de l'opération furent assez bonnes, et sans accident autre que de la paresse du gros intestin.

Malgré ce soulagement très marqué, la malade a encore des douleurs qui sont dues probablement aux tiraillements produits sur les adhérences par les mouvements de l'intestin. Actuellement, 10 juillet 1888, elle va bien.

Obs. III. — Mme A., âgée de 26 ans, petite, blonde, mais ordinairement bien portante, fut réglée à 14 ans. Ses règles étaient douloureuses, peu abondantes, mais sans autre trouble.

Mariée à 17 ans, elle eut une grossesse deux ans après, à 19 ans.

A l'âge de 20 ans, une fausse couche de trois mois suivie d'hémorrhagie la laissa assez souffrante.

A la suite de cet accident, elle éprouva des douleurs assez vives dans le bas-ventre, surtout au moment des règles et cela pendant deux ou trois ans. Puis il y eut une période de calme relatif d'une durée de six mois.

Mais depuis deux ans et demi les douleurs du bas-ventre ont reparu, surtout du côté droit. Elles reviennent par périodes, surtout vers la fin des règles. A la suite des douleurs vives qui durent de 6 à 7 jours, survient une perte de liquide jaunâtre, visqueux qui colore son linge; elle se trouve soulagée. Cet écoulement de liquide se fait brusquement en trois ou quatre secondes et se renouvelle plusieurs fois dans la même journée pour cesser ensuite jusqu'à une nouvelle crise.

Mais depuis plusieurs mois, outre ces accidents, elle voit sa santé s'altérer, elle a maigri de 15 livres. Le teint qui est rose devient blanc et terreux. Les forces ont diminué très sensiblement et la tendance au sommeil est irrésistible.

En même temps surviennent de l'inappétence, des nausées; le soir se montrent souvent des frissons suivis de sueurs abondantes, surtout dans la région du dos. Constipation opiniâtre.

La malade ne peut descendre les escaliers ni aller en voiture sans éprouver une douleur vive, surtout à droite, mais aussi un peu à gauche.

Je la vois pour la première fois le 21 février 1888, avec le Dr Dreyfus. Après avoir constaté tous les symptômes précédemment indiqués, je constate un utérus peu mobile, mais en bonne position, un peu gros. Du côté droit je constate une tumeur grosse comme un marron, immobile, très douloureuse et située assez haut à côté de l'utérus qui est sain.

A gauche, la même sensation existe, mais plus vague ; la douleur au toucher est aussi très vive.

Deux jours après, l'examen sous le chloroforme permet de préciser ces lésions ; celle du côté droit est facile à saisir et à limiter entre la main abdominale et le doigt vaginal.

La température prise pendant plusieurs jours, donne 38°,5 le soir.

Il n'y avait donc aucune hésitation possible, en présence des signes locaux, de la durée de la maladie et des signes évidents

d'hecticité qui vont en augmentant; je propose l'opération qui est aussitôt acceptée.

L'opération est pratiquée le 4 mars 1888, avec l'aide de MM. Routier et Dreyfus.

Incision médiane permettant seulement l'admission de trois doigts.

L'épiploon et l'intestin étant refoulés en haut, je vais à la recherche des annexes de l'utérus à droite. La trompe unie à l'ovaire est grosse comme le doigt, bosselée, ces organes sont très adhérents au cul-de-sac de Douglas.

La séparation et la déchirure des adhérences est pénible, mais cependant j'arrive à faire un pédicule qui correspond à la corne utérine droite. Quatre ligatures sont nécessaires pour lier ce pédicule large.

Du côté gauche les organes également malades et adhérents sont encore plus difficiles à séparer du péritoine. Trois ligatures assurent le pédicule sur la corne utérine gauche.

La quantité de sang fournie par les déchirures est assez minime et un nettoyage du fond du bassin avec des éponges montées est suffisant.

Trois sutures abdominales avec le fil d'argent. L'opération a duré trois quarts d'heure, à cause de la difficulté que j'ai éprouvée

FIG. 3. — Trompe hypertrophiée et oblitérée unie à l'ovaire par des adhérences des fausses membranes.

à séparer les adhérences; j'ai agi avec lenteur dans la crainte de provoquer des ruptures et parce que les doigts sont très gênés

dans la profondeur du bassin; ici la rigidité des parois abdominales rendait l'opération difficile.

*Suites* : J'ai rarement vu une malade ayant présenté moins de réaction et de malaise que cette opérée. La température ne dépassa jamais 37°,5. Les selles, grâce à l'emploi du calomel, se régularisèrent dès le deuxième jour. Jamais aucune douleur dans l'abdomen. Le teint s'est rapidement éclairci. Les fils de suture furent enlevés le huitième jour, 11 mars.

Le 20 mars, après s'être levée pendant deux ou trois jours, elle fut transportée en voiture chez elle en traversant la moitié de Paris, sans éprouver ni douleur, ni secousses.

Enfin le 30 mars, elle vient au bras de son mari me rendre visite chez moi à plus d'un kilomètre de son domicile.

*Examen des organes enlevés.* — Les trompes, du volume du petit doigt, rouges, tomenteuses, bosselées, surtout du côté de la grosse extrémité, sont oblitérées; les franges ont disparu.

Elles sont contournées et embrassent dans leur concavité les ovaires bosselés, atrophiés en partie, surtout le gauche, et masqués par des membranes filamenteuses rouges et très vasculaires qui les unissent à la trompe. Les parois sont très épaisses et la cavité presque nulle.

La section a porté sur la partie la plus rétrécie de la trompe, grosse comme une plume; le conduit était perméable; il en sort une petite quantité de muco-pus.

*Examen histologique par M. Vignard :*

*Trompes.* — La cavité est comblée par des végétations ramifiées, revêtues d'épithélium et remplies de cellules embryonnaires.

La tunique musculaire est hypertrophiée et on y trouve çà et là des amas de cellules embryonnaires.

Pas de pus dans la lumière du canal; quelques globules sanguins et du mucus.

*Ovaires.* — L'un est doublé de volume, celui du côté droit; l'autre est normal. La coupe de ces organes est parsemée de corps jaunes volumineux, l'un tout récent, avec épanchement sanguin considérable qui s'est infiltré dans l'ovaire.

## RÉFLEXIONS

Ces observations à peu près semblables dans leurs principaux détails, se prêtent à quelques considérations qui porte-

ront sur : l'anatomie pathologique ; la marche ; le diagnostic ; l'intervention chirurgicale.

*Anatomie pathologique.* — La salpingite simple ou catarrhale a succédé à une inflammation venant de la cavité utérine. Elle est caractérisée par l'hypertrophie totale de la trompe avec exagération des villosités de la muqueuse et épaississement de la musculeuse, avec oblitération du pavillon. Si du liquide muco-purulent s'accumule dans sa cavité, il peut être expulsé par l'orifice utérin resté perméable.

Elle provoque du côté du péritoine des adhérences inflammatoires et à la surface de l'ovaire une inflammation membraneuse qui gêne l'évolution et la nutrition de l'ovaire et le développement des follicules de de Graaf.

*Marche.* — L'évolution de la maladie semble avoir un caractère spécial et qu'on rencontre dans un grand nombre d'observations.

Au début, la marche est lente, chronique ou avec des poussées aiguës successives. Les troubles principaux sont les douleurs localisées dans la région des ovaires, des désordres de la menstruation, dysménorrhée ou métrorrhagies.

Sauf dans les accès aigus ou subaigus la santé générale rester bonne.

Plus tard, souvent après deux ou trois ans, survient insensiblement une nouvelle période caractérisée par des phénomènes plus graves, plus sérieux et qui compromettent à la longue la santé et même la vie. On voit apparaître de l'amaigrissement progressif, l'inappétence, des troubles digestifs, des frissons et même de la fièvre, avec sueurs localisées ; enfin l'affaiblissement de la malade. Des écoulements muco-purulents, survenant brusquement par le vagin, et précédés de périodes douloureuses, fatiguent la patiente. A cette période, la vie est menacée et la fièvre hectique domine la scène. C'est alors que l'intervention chirurgicale devient indispensable.

Pour guérir cette affection, il faut enlever les organes

malades. Il n'y a pas d'indication plus formelle que celle-ci, les organes étant devenus *inutiles* et *dangereux*.

*Le diagnostic*, dans ces cas de salpingite peu volumineuse, est réellement délicat, mais il n'est pas très impossible de l'établir d'une façon absolue.

Dans toutes mes observations il a été fait sûrement et méthodiquement avant l'opération, celle-ci n'a fait que le vérifier.

Il est nécessaire pour arriver à un diagnostic certain qui autorise l'intervention du chirurgien, de tenir compte de plusieurs facteurs qui sont : la marche et l'allure de la maladie ; le siège et le caractère des douleurs, celles-ci sont vives et ont un caractère particulier quand on atteint avec le doigt explorateur l'organe malade. On peut ajouter aussi que la nature des écoulements, quand ils existent, servent aussi à reconnaître la nature de la maladie ; ils sont intermittents, passagers et souvent apparaissent subitement. Enfin le palper de la région péri-utérine profonde, en s'aidant au besoin du chloroforme pour affaisser la paroi abdominale, rend l'examen plus facile et est souvent indispensable pour assurer le diagnostic.

*L'opération* qui consiste dans l'ablation totale des organes malades, ordinairement pratiquée des deux côtés, prête aussi à quelques réflexions.

On est frappé de la facilité relative avec laquelle celui qui opère peut détacher des adhérences déjà anciennes, datant quelquefois de 4 ou 5 ans, qui unissent les parties malades au péritoine voisin ; cette facilité de séparation permet d'enlever ces organes en totalité.

Un second fait qui a une grande importance, est la bénignité relative de cette opération, malgré les désordres produits dans le petit bassin. Grâce à l'antisepsie rigoureuse, à la petite incision qu'on pratique d'habitude, au nettoyage parfait du péritoine avec des éponges ou de l'eau distillée et bouillie, souvent au drainage pratiqué pendant quelques heures après l'opération, celle-ci est bénigne. Cette béni-

gnité a été signalée par la plupart des opérateurs soigneux. Sur aucune de mes malades, je n'ai eu d'accident opératoire.

Enfin je signalerai comme résultat de l'opération, l'heureuse modification apportée à l'état local et général de l'opérée.

La fièvre tombe aussitôt, les sueurs localisées disparaissent, les douleurs cessent dans le bas-ventre, l'appétit revient vite et la malade reprend rapidement forces et embonpoint. Un phénomène très remarquable est le changement dans l'aspect de la face qui terreuse et grippée, avant l'opération, redevient claire et calme, à peine quelques jours après. Ce fait a été noté par tous ceux qui ont observé mes opérées.

Enfin on voit survenir bientôt la guérison complète. La malade qui auparavant se plaignait continuellement de douleurs dans le bas-ventre, au moindre mouvement et surtout au moindre choc, déclare qu'elle ne sent plus rien et marche librement et sans douleurs.

Cependant j'ajouterai qu'il faut se hâter de faire quelques réserves, car dans certains cas, pour des raisons diverses, la guérison n'est pas aussi prompte et aussi frappante que dans les faits que je viens de citer.

Sur les dix malades, chez lesquelles j'ai enlevé les annexes de l'utérus par la laparotomie, jusqu'en mai 1888, deux ont éprouvé des phénomènes douloureux qui ont retardé la guérison définive, tout en bénéficiant de l'opération au point de vue du rétablissement des fonctions digestives et de la santé générale. Il s'est produit chez elles un empâtement douloureux et légèrement inflammatoire au niveau des déchirures des adhérences anciennes et difficiles à enlever. Cet empâtement a duré quelques mois, sans suppurer, et a disparu ensuite sans laisser de trace.

# OPÉRATION CÉSARIENNE

## SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Par le Dr **Delassus** (de Lille).

Le 3 février 1886, je fus amené à voir madame D..., rue des Ponts-de-Commines, à Lille, en mal d'enfant depuis plus de 24 heures, assistée par M. Maeght, médecin fort versé dans la pratique obstétricale et qui avait indiqué comme seule ressource l'opération césarienne dans le cas actuel. Un examen sommaire me fit constater, en effet, des déformations considérables du bassin et de la colonne vertébrale qui seront décrites plus loin, et un rétrécissement que j'estimai incompatible avec un accouchement par les voies ordinaires.

La femme souffrait beaucoup, les douleurs étant fort rapprochées. La poche des eaux n'était pas rompue, le col admettait l'index, l'enfant était bien vivant en OIGT. Comme il se faisait tard, je crus pouvoir, dans ces conditions, remettre l'intervention au lendemain matin.

Notre maître et collègue, le Dr Eustache, professeur de clinique obstétricale, qui voulut bien voir à ce moment Mme D..., fut également de cet avis et nous prîmes rendez-vous pour le lendemain matin à 9 heures.

Mme D... prendrait pendant la nuit quelques cuillerées d'une potion à 4 gr. de chloral, et un bain de siège le matin même.

Grâce au chloral, la nuit fut calme et nous trouvons notre femme parfaitement disposée et dans d'excellentes conditions morales.

La femme sondée, chloroformisée et convenablement installée, toutes les précautions antiseptiques observées, je pus commencer l'opération en présence du Dr Eustache qui avait accepté de nous aider des conseils de son expérience, et avec l'assistance de M. Maeght, des docteurs Lavrand, Toison, Voituriez dont le concours contribua pour une large part au succès obtenu. On injecte sous la peau de l'avant-bras 1 gr. de solution d'ergotine au 1/10e.

Puis sur la ligne médiane, de quelques centimètres au-dessus

du pubis jusqu'au niveau de l'ombilic, je fais une incision intéressant la paroi abdominale entière, réduite à *une extrême minceur*, de sorte que je rencontre d'emblée l'utérus.

L'hémostase étant assurée, les parois du ventre bien appliquées contre l'utérus par M. Eustache, j'incise la matrice sur la ligne médiane dans une étendue de 10 c. environ. Les contractions étant subintrantes, l'hémorrhagie est peu abondante. Les membranes sont rompues, les eaux s'écoulent et j'extrais, sans grande difficulté, un enfant vivant.

L'utérus revient complètement sur lui-même, sa dureté est considérable : il ne s'écoule pas de sang. Au bout de quelques minutes, je pratique quelques tractions sur le cordon : je décolle avec le doigt le placenta, ce qui se fait sans peine, mais, pendant ces manœuvres, l'utérus s'inverse totalement : la cavité est formée par la surface extérieure, la surface convexe est formée par l'intérieur. Il fallut l'action simultanée de 4 mains, celles de M. Eustache et les miennes, pour arriver à réduire cette inversion. Le globe de sûreté est parfait. Un doigt introduit dans le vagin est facilement rencontré par la plaie abdominale. Je constate alors que l'incision de l'utérus est prolongée un peu trop bas et que le col est intéressé. Nous procédons à la suture utérine. Cinq points de suture de catgut sont placés, traversant toute l'épaisseur de la paroi mais sans pénétrer dans la cavité de l'utérus. Une fois tous les fils noués, la coaptation est parfaite. Quelques gouttes de sang s'accumulent à peine dans le cul-de-sac *utéro-pubien*, la vessie étant déviée fortement à droite, ce qu'avait déjà montré le cathétérisme. La paroi abdominale est suturée à points passés comprenant toute son épaisseur. — Pansement de Lister. Un double drain, placé dans la cavité utérine et le vagin, est coupé au ras de la vulve.

De nouveau sondée, l'opérée est remise dans son lit où elle se réveille sans peine.

L'enfant est assez petit. Sa tête présente des déformations biparietales dues évidemment à la compression subie pendant les contractions utérines qui étaient, je l'ai déjà dit, assez violentes.

Quatre mois après l'opération, il vit encore quoique élevé au biberon. — C'est aujourd'hui un beau bébé de 2 ans 1/2.

4 février soir. A 4 heures, T. 37°, P. 120. La journée a été fort bonne. La femme a uriné seule. Les lochies coulent.

Le 5. T. 37°, P. 120. Nuit sans sommeil. Quelques nausées. Douleurs abdominales comme si elle devait avoir ses règles; a uriné. Lochies normales. Elle se sent brisée.

Soir, T. 37°, P. 130. Pendant la journée, nausées fréquentes. Douleurs vives du ventre à la pression. 2 sangsues à laisser couler. Potion gommeuse 100, cocaïne 0,10 à prendre par cuillerées à café contre les nausées.

Le 6. T. 37°, P. 146. Nuit calme. Un peu de sommeil sans douleurs spontanées. Langue fort belle. La plaie abdominale sans rougeur, ni douleur, se réunit par première intention, sans trace de suintement.

Soir. T. 37°,3, P. 142. L'opérée se sent beaucoup mieux. La journée a été bonne, sans agitation. Elle a pris un œuf, du lait et du vin. Le côté gauche est beaucoup moins sensible à la pression; à droite la douleur est encore vive. Le ventre est ballonné.

Le 7. T. 38°, P. 142. Un peu de sommeil la nuit. Tout le ventre est douloureux. Pas de nausées. Vers 4 h. 1/2 du matin, elle a eu un fort frisson durant 1/4 d'heure, suivi de chaleur, mais sans sueurs. A la pression, la douleur est moins forte. 1 lavement à l'huile de ricin, 25 gr. Je retire le drain utéro-vaginal. Soir. T. 38°,5, P. 164. Vives douleurs dans le ventre. Sensation de brûlure. A gauche la pression est toujours douloureuse, le ventre est ballonné. Soif vive. Nouveau lavement riciné, le premier n'ayant rien produit, 6 sangsues, 3 de chaque côté. État général agité, énervé. Langue bonne. Peau peu brûlante.

Le 8. T. 37°,5, P. 120. Mieux fort accentué. Plus de douleur. La malade a eu une selle hier soir à 11 heures et plus de 10 pendant la nuit. La garde a trouvé bon de lui donner encore 0,40 centigr. de calomel que j'avais prescrit au cas où les lavements ne produiraient rien.

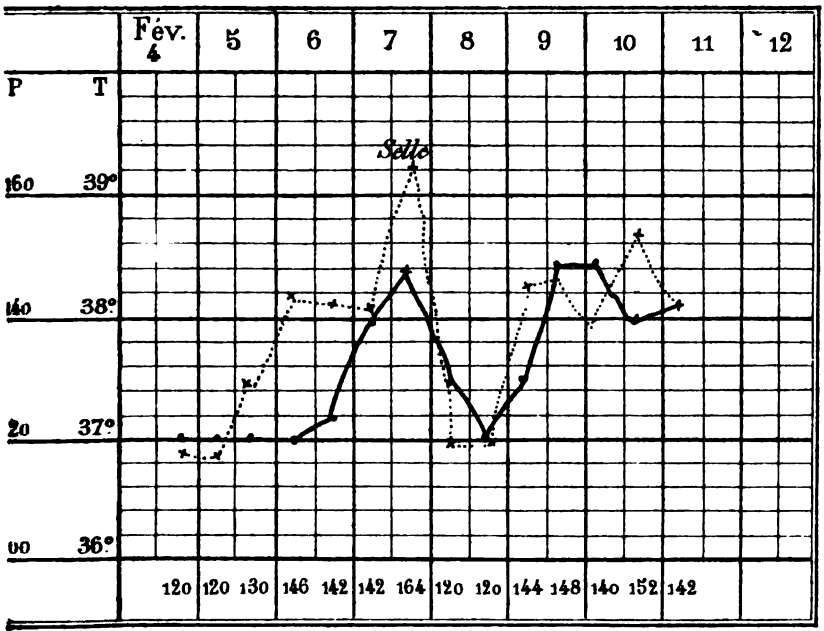
L'opérée peut s'agiter dans son lit sans douleur. Diarrhée fréquente. Faiblesse générale marquée.

Soir. T. 37°, P. 120. Pas de douleurs dans le ventre. Bismuth, 8 gr., ext. thébaïque, 0 gr. 15 : en 4 paquets.

Le 9. T. 37°,5, P. 144. Encore 4 selles la nuit. L'opérée éprouve un bien-être général. Le ventre est moins ballonné, non douloureux à la pression, sauf un peu à droite. Les lèvres sont sèches. Soif vive. Lait, œufs, viande crue.

Soir. T. 38°,5, P. 148. La diarrhée a repris à 2 heures. Soif vive.

La malade sommeille depuis le matin. Ventre indolore. Réunion complète de la plaie abdominale. Les lochies marquent à peine le linge. Bismuth 10 gr. en 5 paquets.




**Le 10.** T. 38°,5, P. 140. Diarrhée persistante. Faiblesse générale. Légère douleur dans le ventre. Lavements laudanisés.

**Soir,** T. 38°, P. 152. Mieux. Diarrhée se passe. Le ventre se ballonne.

**Le 11.** P. 142. Elle a dormi la nuit. 3 selles diarrhéiques. L'appétit revient. J'enlève tous les points de suture, sauf les deux inférieurs. Petit abcès dans l'angle inférieur. Quelques gouttes de pus.

**Du 11** au 18, l'opérée va fort bien. Le 13 — *neuf jours après l'opération* — je la trouve levée.

**Le 18.** Les douleurs abdominales reprennent. Le ventre se ballonne.

**Le 19.** Même état. Pas de selle. Lavements.

**Le 20.** A vomi la nuit. Podophylle, 0,02. Scammonée, 0 g. 10 c.

Aucun effet. La malade est abattue Elle a vomi des matières de mauvaise odeur.

Le 21. Mieux sensible après une selle.

Le 22. Encore quelques douleurs.

Le 23. Douleurs dans les reins comme au moment des règles. Depuis lors, ces accidents se sont amendés peu à peu et tout est rentré dans l'ordre, sauf quelques douleurs quand la malade n'allait pas à la selle.

Au milieu de ces complications, la plaie abdominale avait évolué sans incidents. Toutefois mon attention avait été attirée par l'apparition, je ne puis dire l'écoulement, d'un mucus filant à une petite fistulette de l'angle inférieur de l'incision. La ressemblance avec le mucus utérin du col était frappante. Un jour même, il fut teinté de sang. La même ouverture laissait passer quelques gouttes de pus d'un abcès voisin.

Je ne me livrai d'abord à une exploration que je jugeais inutile. Mais l'orifice se rétrécissant, l'écoulement se faisait moins bien et la malade souffrait.

J'introduisis alors un fin stylet par la fistule. Il se dirigea facilement en bas et en arrière et rencontra mon doigt introduit par le vagin. Je plaçai un drain de petit calibre qui resta quelques jours en place. Après quoi la fistule s'obtura complètement pour ne plus reparaître. *(A suivre.)*

---

## A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT PAR LA QUININE

Par le Dr **M. Misrachi** (de Salonique).

Les *Annales de gynécologie* ont récemment publié un travail de M. le Dr A. Cordes sur l'action ecbolique de la quinine (1). Après des observations cliniques assez nombreuses, il y est dit notamment (pag. 284) que « l'extrac« tion instrumentale complète et rapide des débris ovu« laires n'étant pas sans difficulté, et présentant le danger

(1) Un utéro-sédatif, un utéro-moteur, par le Dr A. Cordes. *Ann. de gynéc.* Avril 1888, pag. 265.

« du morcellement des fragments, la quinine, qui est un « puissant utéro-moteur, me paraît préférable, *dans la plu-* « *part des cas*, à l'intervention instrumentale, parce qu'elle « excite dans l'utérus des fortes contractions qui détachent « les restes ovulaires et les expulsent en bloc ».

D'après les résultats obtenus dans ma pratique personnelle, je pourrais affirmer que l'extraction instrumentale se fait sans difficulté et que le danger du morcellement des fragments est purement imaginaire, lorsque l'opération est bien faite, mais cette assertion aurait besoin d'être étayée de preuves irréfutables, ce qui m'entraînerait trop loin pour cette simple note dont le seul but est de discuter l'action ecbolique de la quinine.

L'action excito-motrice de la quinine sur les fibres lisses en général, et en particulier sur les fibres utérines, a été signalée depuis longtemps, et comme on a aussi ajouté qu'elle se limite aux fibres du corps et qu'elle respecte celles du col de l'utérus, il s'ensuit que lorsque le corps se contracte, le col restant ouvert, ce qui y est contenu doit en être expulsé avec une grande facilité. C'est cette différence fondamentale entre l'action de la quinine et celle de l'ergot de seigle qui, lui, fait contracter le corps et le col et ferme la seule issue ouverte pour l'expulsion du corps étranger, qui a fait considérer la quinine comme l'ecbolique par excellence. Voilà ce que nous dit la théorie ; malheureusement théorie et pratique ne font pas toujours bon ménage ensemble, et je crois être en mesure, de par un long séjour dans un pays marécageux, de pouvoir émettre à ce sujet une opinion quelque peu différente de celle de M. Cordes.

Chez nous, tout le monde a la fièvre, et les femmes enceintes aussi bien que les autres ; sans même consulter un médecin, elles prennent, à toute période de la grossesse, des doses de sulfate de quinine variant entre 1 gr. 20 et 1 gr. 50, sans en ressentir aucun inconvénient. C'est à peine si, chez quelques femmes à système nerveux très excitable, on voit survenir quelques tranchées utérines, mais dans la grande

majorité des cas, l'administration de la quinine, en tant que contraction des fibres utérines, passe complètement inaperçue. Et, en effet, je ne sais pas si depuis qu'on administre, chez nous, la quinine contre les fièvres miasmatiques, c'est-à-dire depuis que Pelletier l'a découverte, on a jamais cité un cas où l'interruption de la grosssesse ait pu être *irréfutablement* et *uniquement* imputée à l'administration intempestive de ce remède. J'ai vu, d'autre part, et mes collègues aussi et en grand nombre, des cas de fièvre pernicieuse à forme hémorrhagique, avec pétéchies, hématémèses, hémoglobinurie, etc., traités par la quinine à haute dose par la bouche, en lavements et en injections hypodermiques en même temps, où, après guérison, la grossesse a continué sa marche régulière.

Ceci doit déjà donner à réfléchir, mais on objectera que les conditions ne sont pas les mêmes à œuf intact et à œuf déchiré, en partie décollé et en partie aussi déjà expulsé; que dans le premier cas, la matrice est au repos et en état physiologique, tandis que dans le second, sa contractilité déjà éveillée n'attend qu'une petite secousse pour tripler d'énergie et accomplir un travail dont elle aurait été, autrement, incapable ; qu'au surplus, lorsqu'il s'agit d'une fièvre miasmatique, la quinine épuise sa force contre le principal ennemi à combattre, et son action élective sur la matrice en est d'autant détournée et passe inaperçue.

Tout cela n'est pas précisément démontré, mais pour ne pas trop m'arrêter en route, je veux bien l'admettre comme vrai, et je m'empresse de passer à d'autres arguments.

L'action abortive de la quinine, avons-nous dit, est connue depuis longtemps, aussi est-elle souvent employée, chez nous, pour combattre l'hémorrhagie et faciliter la fausse couche. Combien de fois réussit-on dans le but qu'on se propose ? Je ne suis pas en mesure de citer des chiffres, mais en m'appuyant sur mes souvenirs, je crois pouvoir affirmer que si dans quelques cas on voit la fausse couche se terminer rapidement à la suite de l'administration d'une ou deux

doses de quinine, les cas où l'on voit *l'avortement s'éterniser malgré l'administration soutenue et prolongée* de ce remède sont tellement plus nombreux qu'on ne peut se dispenser de songer à une simple coïncidence et rien de plus.

J'ai dit : « administration soutenue et prolongée » et voilà pourquoi : Nous avons ici beaucoup de cas de septicémie puerpérale, et d'autre part, il arrive chez nous, comme dans tout autre milieu miasmatique, qu'on a le cauchemar de la fièvre palustre. On la soupçonne partout : c'est elle qu'on accuse de tous les méfaits possibles et imaginables ; à plus forte raison prend-on facilement le change lorsqu'il s'agit d'une maladie, comme la septicémie qui s'annonce par un grand frisson et une forte élévation de température suivie de transpiration abondante. On administre donc la quinine.

Le lendemain, nouveau frisson : on se dit que la dose a été insuffisante et on la double. La fièvre continue : on soupçonne la mauvaise foi du pharmacien qui n'y peut mais, et l'on s'adresse ailleurs, avec le même résultat. On songe alors que la quinine ne trouve pas dans l'estomac des conditions favorables à son absorption, et on fait des lavements. Les lavements sont-ils rendus ? on s'adresse aux suppositoires ; ceux-ci sont-ils tout aussi inefficaces ? on fait des injections hypodermiques, et la fièvre continue son tracé.

Ce n'est qu'après avoir épuisé tous ces petits moyens que, à bout de ressources, on songe à la possibilité d'une septicémie, mais alors, si le diagnostic a changé, le traitement ne change pas pour cela. En effet, si la quinine est un antimiasmatique elle est aussi un antithermique et un antiseptique puissant, de sorte qu'on continue a en bourrer la malade, jusqu'à ce que mort ou guérison s'ensuive. Si les conclusions de M. Cordes étaient vraies, il devrait arriver que *dans la plupart de ces cas*, la quinine, administrée dès le premier instant, et à doses massives, fût d'une efficacité rapide et indéniable, car la septicémie n'est entretenue que par les débris de l'œuf qui restent dans la matrice.

Malheureusement il n'en est pas ainsi, et voilà pourquoi

après avoir essayé pendant un grand nombre d'années et la quinine et une foule d'autres moyens, j'ai fini, en désespoir de cause, par m'adresser à l'intervention directe. J'ai beaucoup hésité au commencement, mais maintenant que j'ai vu l'intervention à l'œuvre, je l'ai adoptée comme méthode de choix, et, jusqu'à présent du moins, elle ne m'a donné que des succès.

Je n'entends pas rejeter complètement l'emploi de la quinine ; j'en use, bien au contraire, d'une façon systématique. L'intervention instrumentale étant un acte d'une certaine gravité apparente et qui engage la responsabilité des médecins, je ne m'oppose nullement à ce qu'on s'adresse d'abord au moyens doux. Seulement au lieu de dire, comme M. Cordes, que l'administration de la quinine est, dans le traitement de l'avortement, *préférable, dans la plupart des cas, à l'intervention instrumentale*, je dirai, qu'on ne perd rien à l'essayer, mais *qu'elle sera le plus souvent inefficace.*

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 14 juin* 1888.

*Présentations.* — DOLÉRIS : **Grossesse extra-utérine développée dans la trompe gauche.** — L'opération a été faite le matin même. La femme avait eu, outre la suppression d'une époque menstruelle, les troubles sympathiques et les modifications physiques liés d'ordinaire à la gestation : vomissements, somnolence, coloration brunâtre de l'aréole, ligne brune..., etc. ; puis elle avait eu des vomissements graves, et un ensemble d'accidents qui indiquaient des poussées de péritonite. L'utérus était augmenté de volume. De plus, à gauche, s'était développée une tumeur abdominale, fluctuante, remontant presque dans le voisinage de l'ombilic. Par le toucher, on constatait que la matrice, refoulée à droite, reposait sur la région antéro-latérale droite de la tumeur ; le col était déjeté

à gauche et en haut, au niveau du bord supérieur de la symphyse. L'état général de la femme était sérieux. Le diagnostic posé fut : *grossesse extra-utérine ou bien grossesse utérine compliquant un kyste de l'ovaire*. Laparotomie. Le péritoine incisé, on tomba sur une tumeur qui, au premier abord, donna l'impression d'un kyste ovarique. Elle avait contracté de très nombreuses adhérences avec l'intestin et le décollement en fut très laborieux. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, qu'il fut nettement reconnu qu'il s'agissait d'un *kyste fœtal tubaire*, qui fut enlevé en totalité. La pièce pathologique est en forme de bissac. L'une des poches correspond à la moitié interne de la trompe, et renfermait vraisemblablement le tronc et les membres inférieurs. La portion rétrécie correspondait au cou.

La 2e poche est constituée par le pavillon de la trompe, et en dehors de lui par des fausses membranes, en grande partie fibrineuses. Le placenta est greffé sur le fond de cette 2e poche, donc en partie sur les fausses membranes, en partie sur la trompe.

Le placenta fœtal est décollé sur une grande partie de son étendue par des hémorrhagies, les unes anciennes, les autres plus récentes. Le fœtus mesure 27 c. ; il s'agit d'une grossesse d'environ 5 mois.

La femme a succombé quelques heures après.

Championnière. — Avez-vous eu des raisons d'enlever le kyste en totalité ? Étant donné l'enkystement de la tumeur fœtale, l'importance et la solidité des adhérences, il eût été assurément moins risqué d'inciser la tumeur, d'enlever le fœtus, et de suturer la poche à la paroi abdominale. J'ai agi de cette manière dans 2 cas, il y a environ 5 ans. Ce sont du reste les deux premières opérations de cette nature faites en France après celle de Kœberlé: Eh bien ! ces deux femmes, comme aussi la cliente de Kœberlé, ont parfaitement guéri. Et j'ai pu les présenter à mes collègues de la Société de chirurgie.

Doléris. — La vérité, c'est que je n'ai été réellement fixé sur la véritable nature de la tumeur que lorsque le décollement était déjà en grande partie effectué.

Guéniot. — Quelles sont les circonstances qui ont nécessité l'intervention. Car, surtout lorsqu'il s'agit d'un kyste fœtal situé dans l'excavation, il y a grand avantage à ne pas se hâter d'intervenir. Dans ces cas en effet, très souvent, le fœtus succombe. Et alors, on

n'a plus affaire qu'à une tumeur qui presque toujours diminue de plus en plus de volume, devient pour ainsi dire indifférente, et permet aux femmes de vivre de longues années.

SCHWARTZ. — L'ouverture du sac et sa suture eussent été peut-être plus favorables; mais ces manœuvres en raison de la composition du kyste, de son petit volume, de la solidité des adhérence, eussent été d'autre part fort laborieuses. On pouvait attendre le moment de la rupture, ou user des moyens fœticides connus pour arrêter l'évolution de l'œuf. Il valait mieux, en tout cas, recourir à tout autre procédé qu'à l'ablation totale du kyste, dans des conditions aussi défavorables et au milieu de telles difficultés.

KIRMISSON, tout en acceptant les raisons alléguées par Doléris pour expliquer la nature de son intervention (état général très grave de la femme, incertitude du diagnostic même après que le kyste était déjà en partie décollé), pense qu'il est regrettable qu'on n'ait pas eu l'occasion d'attendre la période de modification de l'œuf, auquel cas une opération, si elle eût été jugée utile, n'aurait presque pas offert de gravité, et aurait été d'une simplicité extrême en comparaison des difficultés auxquelles s'est heurté M. Doléris.

DOLÉRIS, fait une réponse aux diverses objections soulevées par ses collègues, en se basant principalement : a) sur les résultats consignés dans diverses statistiques (statistiques de Harris, de Parry, de Maygrier) ; b) sur des observations tirées de la pratique de Schröder et de L. Tait; c) enfin, sur les conditions qui lui ont paru commander une opération immédiate (l'existence de la femme était en péril).

KIRMISSON dépose, au nom du Dr FIGEAC, une observation de **fracture de la symphyse** au cours d'un accouchement laborieux. M. Labusquière est chargé de faire un rapport sur cette observation.

CHARPENTIER, relate les deux observations suivantes que nous résumons brièvement.

OBS. I. — **Cas rare d'éclampsie.** — Une jeune femme, *primipare*, est prise à 6 mois de grossesse, sans prodromes (maux de tête, troubles de la vue, etc.), d'une violente attaque d'éclampsie. Mais 7 semaines auparavant environ, on avait constaté de l'anasarque aux jambes et à la face, et une forte proportion d'albumine dans les urines. Le régime lacté prescrit dès ce moment, ne fut pas suivi. A la suite de cette 1re attaque, il en survint trois autres. Dès

la première, on avait reconnu l'absence des doubles battements fœtaux. De plus, c'est dans les jours qui suivirent qu'on vit se manifester successivement la série des accidents qui, d'ordinaire, précèdent les convulsions éclamptique, douleurs extrêmement violente au creux épigastrique, céphalalgie, troubles de la vue. Le régime lacté, prescrit de nouveau à l'occasion des accès éclamptiques, fut cette fois rigoureusement observé. Sept jours après, les accidents avaient complètement disparu, et un mois après environ, le travail, qui avait commencé prématurément, se terminait par l'expulsion d'un enfant mort, mais qui, à en juger d'après les altérations qu'il présentait, devait avoir succombé beaucoup plus tard qu'on ne l'avait supposé.

M. Charpentier relève les points suivants :

1° *L'incurie de la malade et de son entourage.* — L'albuminurie a été constatée par deux médecins à différentes reprises. 6 semaines avant le début des attaques, c'est-à-dire dès le 5e mois, et malgré les prescriptions formelles de deux médecins, le régime lacté n'est pas suivi. La mère, interrogée par nous, nous dit qu'elle avait cru que le danger ne commencerait pour sa fille qu'au moment de l'accouchement, et que c'est la raison pour laquelle elle n'a pas cherché à vaincre les résistances de la malade.

2° *Le petit nombre des attaques, et l'intervalle qui les a séparées.* — La 1re attaque a eu lieu la nuit, brusquement, sans prodromes ; elle a été suivie d'un demi-coma, avec conservation imparfaite de l'intelligence, mais suffisante pour que la malade répondît aux questions. Elle était assise sur son lit quand je l'ai vue le matin, et ce n'est qu'au bout de 2 jours, alors que la malade était soumise au régime lacté strict depuis 48 heures, qu'apparaissent les deux autres attaques. La quantité d'albumine, à ce moment, était redevenue énorme.

3° *La mort de l'enfant* qui, d'après les indications nulles de l'auscultation, semble remonter à la première attaque, et qui, si l'on s'en rapporte au degré de macération, semblerait avoir été beaucoup plus tardive. A aucun moment nous n'avons pu constater les battements du cœur fœtal, malgré l'auscultation répétée tous les jours.

4° *La marche de la température et du pouls.* — Il est généralement admis, que tant que la malade est en état de mal éclamptique, le pouls reste fréquent et la température très élevée, pour

ne pas dire ascendante, et, dans ce cas, jamais la température n'a dépassé 37°,6, et le pouls est toujours resté entre 68 et 80, ce dernier chiffre étant le chiffre maximum obtenu après la 1re attaque.

5° *La marche des prodromes*, qui, chez cette malade, ont plutôt été des *postdromes* quoiqu'ils fussent des plus accentués.

La 1re attaque, en effet, survient brusquement dans la nuit sans que rien la veille ait pu la faire prévoir plus que les autres jours ; la malade était albuminurique depuis 6 semaines au moins. Ce n'est que le lendemain que la malade se plaint de *douleurs atroces au creux épigastrique*. Puis deux nouvelles attaques, et à cette douleur du creux épigastrique qui a persisté près de 24 heures après l'accouchement, vient se joindre la *céphalalgie* qui n'apparaît ainsi qu'après la nouvelle série d'attaques, et qui cède au bout de 24 heures, avec une diminution très rapide de l'albumine.

Enfin, les *troubles de la vue* qui se montrent très nets, alors qu'il n'y a presque plus d'albumine dans l'urine et que les accès ont cessé depuis 48 heures.

6° *L'accouchement qui se fait sans attaques.* — Durée du travail 10 heures. Fœtus de 6 mois 1/2. Macération très peu avancée.

7° J'ajouterai que, malgré la guérison complète de la malade, les douleurs épigastriques ont reparu à plusieurs reprises depuis les couches, pour disparaître de nouveau. Aujourd'hui encore, 3 juillet, la malade qui va, vient, se lève, et est accouchée depuis 32 jours, est reprise de ces douleurs ; il n'y a pas trace d'albumine dans ses urines.

A quand faut-il faire remonter la mort du fœtus. Si l'on s'en rapporte à l'auscultatien, certainement au moins au moment de la 1re attaque, et alors, est-ce l'albuminurie, est-ce l'attaque qui a tué le fœtus. Mais l'accouchement n'a eu lieu que 17 jours après. Nous aurions donc dû trouver un fœtus très avancé comme macération, et nous nous y attendions ; car outre l'absence des battements du cœur, nous avions constaté, 5 jours après cette 1re attaque, l'affaissement et la diminution du volume du ventre qui ont été en s'accentuant de plus en plus jusqu'au moment de l'accouchement. A quoi attribuer cette discordance entre les phénomènes de macération et l'époque de la mort du fœtus ? Nous avouons notre impuissance.

Obs. II. — Le fait est relatif à une femme de 19 ans, primipare,

ayant accouché, normalement, à terme. Mais, il fallut pratiquer la délivrance artificielle; le placenta fut extrait à l'aide de la main introduite dans l'utérus, cette extraction fut difficile. Le 3e jour des suites de couches, frisson violent, fièvre extrêmement élevée, T. 40°,4; Pouls 160. L'ensemble des phénomènes indique une septicémie des plus graves; la vulve et le vagin, couverts d'eschares gangréneuses, laissent écouler un liquide infect. *Traitement* : lavage intra-utérin avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, *lavage qui devra être renouvelé dans la soirée, si la femme n'a pas succombé.* Mais le lendemain la femme vit, et son état général paraît très notablement amélioré. On se décide à une intervention plus radicale que la veille : lavage de la cavité utérine avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, puis curage avec la cuiller demi-tranchante, nouveau lavage intra-utérin. Écouvillonnage avec l'écouvillon de créosote glycérinée (1 gr. pour 2). Nouveau lavage. Puis grattage de la vulve et du vagin de façon à enlever le plus d'eschares possible. Dernier lavage avec la solution et mise à demeure dans le vagin d'un large tampon de gaze iodoformée. Prescription, alcool et sulfate de quinine.

Cette intervention se traduit, dès le lendemain, par une véritable transformation de l'accouchée; les lochies étaient à peine odorantes, le pouls était à 92-96, et la température à 37°,8.

Cette amélioration radicale, persiste pendant 5 jours, et la femme peut s'alimenter (lait, bouillon, œufs). A ce moment, apparaît un point de côté, avec reprise de la fièvre, mais sans frisson. Il se fait dans le côté gauche de la poitrine, un épanchement considérable, matité énorme. Souffle pleural, égophonie. Cette complication pleurétique, met, douze jours durant, l'accouchée dans une situation assez sérieuse. Puis, l'état s'améliore de nouveau et définitivement; la convalescence s'établit franchement.

M. Charpentier tire de cette observation les 2 conclusions suivantes.

1° En présence d'une septicémie puerpérale, même aussi avancée, il ne faut pas désespérer ; le curage est une dernière et sérieuse ressource pour nous, désarmés pour ainsi dire jusqu'alors.

2° La pleurésie qui survient chez les malades atteints le septicémie n'est pas toujours et fatalement purulente.

*Discussion :* DOLÉRIS, DUMONTPALLIER, PORAK, CHARPENTIER.

PAJOT lit un mémoire ayant pour titre : **de la cautérisation et du curage dans le traitement des endométrites** (1).

TERRILLON relate très succinctement 2 **cas d'hystérectomie pour tumeurs malignes intra-utérines.** — OBS. I. Femme âgée de 65 ans, ayant eu 6 enfants. Suppression des règles vers l'âge de 45 ans. Il y a quelques mois, elle commença à perdre du sang. Le diagnostic, qui se confirma après l'opération, fut celui de *cancer intra-utérin*. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée au mois de janvier dernier. Opération facile qui eut les suites opératoires les plus satisfaisantes. En outre, fait intéressant, en raison de l'âge avancé, l'opérée dont la santé est d'ailleurs parfaite, a engraissé de 8 livres depuis l'opération.

*Aucune trace de récidive.*

*Examen de la pièce.* — L'utérus est augmenté de volume, surtout au niveau du corps et du fond.

La face antérieure est lisse.

La face postérieure est tomenteuse et irrégulière, à cause des adhérences qui ont été déchirées ; mais elle ne paraît pas envahie par le néoplasme.

En coupant l'utérus verticalement, on voit que la cavité est absolument remplie d'une masse végétante, d'apparence cancéreuse, et qui a envahi les parois musculeuses, surtout en arrière, mais sans la perforer.

Au point de vue histologique, il s'agit d'un *épithélioma tubulé pavimenteux.*

OBS. II. — X..., âgée de 57 ans. La menstruation s'est supprimée vers l'âge de 40 à 45 ans. Cette femme a commencé aussi à perdre du sang. Mais ici l'utérus était très volumineux. La laparotomie, suivie de l'hystérectomie supra-vaginale, a été pratiquée il y a 20 jours. Au cours de l'opération, dont les suites ont été absolument apyrétiques, on n'a constaté aucune trace de propagation. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait *d'un sarcome intra-pariétal de l'utérus*; la couche musculaire saine était d'ailleurs encore assez épaisse, ce qui rend le pronostic plus favorable.

Il y a 3 ans, Terrillon a communiqué à la Société de chirurgie

(1) Vid. in Ann. de Gyn. et d'Obstétrique, juin 1888, p. La lecture de ce mémoire a été le point de départ d'un commencement de discussion. Nous en ferons le compte rendu dès qu'elle sera terminée.

la relation d'un cas semblable. Il s'agissait, en effet, d'un sarcome diffus intra-utérin, qui s'était compliqué d'hématométrie. Le mécanisme de cette rétention du sang avait consisté dans l'occlusion de l'orifice interne par des replis volumineux de la muqueuse utérine. De temps en temps cependant l'obstacle était vaincu, ce qui donnait lieu à des hémorrhagies intermittentes.

Dolérisrappelle qu'il a communiqué, il y a deux ans, à la Société une observation semblable. Comme Terrillon, il avait constaté, avec la plus vive satisfaction, que la coque musculaire restée saine était suffisamment épaisse, ce qui lui avait fait augurer favorablement de l'avenir. Or, 5 mois après, il existait déjà des traces de récidive, et la malade succomba moins d'une année après l'hystérectomie. Il s'agissait aussi d'une personne âgée, et malheureusement le fait de l'âge avancé paraît compenser les avantages qui sembleraient devoir résulter de la disposition anatomique du néoplasme et des tissus environnants.

Terrillon. — La malade dont j'ai donné la communication à la Société de chirurgie, est morte de 14 à 15 mois après mon intervention, mais je n'ai jamais su à quoi elle avait succombé.

---

## DEUXIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

*Tenu à Halle du 24 au 26 mai 1888.*

(GYNÉCOLOGIE)

Werth (Kiel). **Apparition de psychoses à la suite d'opérations pratiquées sur l'appareil génital féminin.** — Il a vu sur un ensemble de 32 extirpations totales de la matrice, la psychose se développer 2 fois après l'intervention; 2 fois après 160 ovariotomies; 2 fois après 36 castrations; soit 6 cas de psychose pour 228 opérations, dont 5 cas de mélancolie et 1 cas de manie. En ce qui concerne l'époque de son apparition, la maladie s'est montrée 2 fois du 7e-8e jour; 2 fois de la 3e-5e semaine; 2 fois après que la femme avait quitté l'hôpital. De ces 6 malades, 3 ont guéri : l'une après 15 jours, une autre après 4 mois, la troisième au bout de 6 à 8 mois. Chez deux il ne se produisit aucune amélioration; quant à la 6e, elle s'est suicidée 3 mois 1/2 après l'opération. Il lui est impossible de mettre ces accidents sur le compte d'une intoxication par l'iodo-

forme. Car, dans un cas il ne s'est absolument pas servi de ce médicament; 3 fois il ne l'a employé qu'à des doses extrêmement faibles, et dans deux cas seulement il en a usé un peu largement. Il ne peut pas non plus accepter l'explication donnée par Landau que ces accidents sont en rapport avec les troubles fonctionnels causés par la mutilation des organes sexuels, parce que, chez trois de ces malades, il était absolument hors de propos, par le seul fait de leur âge très avancé, de mettre en cause ces troubles de la fonction génitale. Mais il est, pour deux cas, incliné à rapporter le développement de l'affection à une cause d'ordre psychique : une fois elle apparut à la suite d'un lavage de la vessie; une autre fois la femme avait éprouvé avant l'opération une émotion vive.

Sænger : Presque toujours la psychose existe déjà à l'état latent, et l'opération ne fait qu'imprimer la stimulation qui la fait se manifester nettement; en tout état de cause, le traitement de la maladie fondamentale ne doit pas être modifié par cette appréhension de la psychose. Martin n'accorde aux opérations gynécologiques aucune influence étiologique spéciale sur les psychoses, car on les voit se développer consécutivement à des actes chirurgicaux d'un autre ordre. Il faut seulement n'opérer qu'avec beaucoup de circonspection les femmes sujettes à des troubles psychiques. Ahlfeld confirme les déclarations de Martin. Frommel a observé deux cas semblables ; l'une des femmes était une alcoolique avérée ; quant à l'autre, il fallut l'interner, 6 semaines après l'opération, dans un asile d'aliénés.

Sænger (Leipsick). **De la périnéorraphie.** — S... présente 5 femmes sur lesquelles il a pratiqué la périnéorraphie à lambeaux (méthode de Tait); dans un cas il la fit en même temps que l'opération d'Emmet, dans quatre autres comme complément de l'opération contre le prolapsus de la matrice; *guérison parfaite dans tous les cas.* Il montre également deux femmes, chez lesquelles il a suturé, pour remédier à une rétroflexion, l'utérus à la paroi abdominale. Chez l'une de ces femmes, dont l'observation a été publiée dans le *Cent. f. Gynäk.* 1888, n° 3, la guérison persiste. Chez l'autre femme, opérée en février d'une rétroversion marquée qui déterminait de violentes douleurs, on constate bien que la matrice est toujours accolée à la paroi abdominale, mais on reconnaît en même temps qu'il existe encore une inclinaison en arrière du fond de l'utérus. Sänger lit, au nom de E. Fränkel, une autre observation de gué-

rison d'une rétroflexion de l'utérus qui avait déterminé des accidents graves, par la fixation de l'utérus à la paroi abdominale.

Olshausen (Berlin) présente : a) une femme chez qui il a *fixé l'utérus rétrofléchi à la paroi abdominale;* b) deux femmes chez lesquelles il a pratiqué, il y a *cinq* et *sept* ans, l'hystérectomie vaginale, sans qu'il se soit montré depuis l'intervention aucune trace de récidive; à cette occasion, il rappelle deux autres cas dans lesquels cette récidive n'a pas encore eu lieu après 6 ans. Il fait également la remarque qu'il ne faut pas assigner à cette récidive un délai trop court. Ainsi, celui d'un an, indiqué par Martin, est trop optimiste, il faut au moins le mettre à 2 ans. D'ailleurs, il a vu dans un cas la récidive se produire 3 ans 1/2 après l'opération. Chez une multipare, atteinte *d'ostéomalacie*, des accidents d'incarcération ayant apparu vers le 3e mois de la grossesse, les tentatives de reposition ayant échoué, et deux ponctions n'ayant amené du tout de liquide, il se vit forcé de pratiquer l'*extirpation vaginale complète*. La femme guérit.

Martin (Berlin) communique dans son travail intitulé : **des myômes** les résultats fournis par les recherches qui lui ont permis de faire 205 cas de myômes du corps, extirpés chirurgicalement, lésions de dégénérescence graisseuse 7 fois; 3 fois stade de calcification; 10 fois processus de suppuration; les tumeurs étaient pour le plus grand nombre des myômes sous-muqueux, ou interstitiels devenus sous-muqueux, tumeurs qui entrent en communication avec la cavité utérine consécutivement à l'usure de la muqueuse; 11 fois il y avait de l'œdème dans le tissu des myômes (phénomènes de stase) chez les femmes qui avaient été épuisées par des hémorrhagies; 8 fois des myômes kystiques, 3 fois télangiectasiques; 6 fois des lésions sarcomateuses ; 2 fois des sarcomes fibreux sans capsule avec pédicule; 4 fois des tumeurs intrapariétales encapsulées; dans deux de ces cas la mort se produisit de 7 semaines à 4 mois après l'opération à l'occasion d'une récidive; 9 fois des complications de carcinome : carcinome du col 7 fois; du corps 7 fois.

Zweifel (Leipsick). **Du traitement du pédicule dans la myomotomie.** — Zweifel fait un parallèle entre le traitement extra-péritonéal et intra-péritonéal du pédicule, se prononce contre l'abandon de la ligature élastique dans le ventre (Olshausen), en raison des accidents de nécrose qu'amène la constriction prolongée du moignon, et expose

la technique opératoire qu'il a adoptée. Elle consiste essentiellement dans : a) la ligature en quatre portions des ligaments larges ; b) l'application temporaire du lien élastique ; c) l'occlusion de la cavité utérine et la prévention des hémorrhagies secondaires : moyen de ligature au catgut, continue et en étage ; d) l'abandon, après enlèvement du lien élastique, du pédicule dans l'abdomen. Sur 32 myomotomies, il a 9 fois eu recours à la suture en étage au catgut, les 9 opérées ont guéri sans avoir présenté de phénomènes réactionnels.

Fritsch (Breslau). — Il a, dans ses premières myomotomies, suivi la méthode d'Olshausen, en ce sens qu'il abandonnait dans le ventre avec le pédicule le lien élastique. Contrairement à ce qu'a vu Zweifel, il n'a jamais observé comme conséquence de cette pratique, la mortification du moignon. Plus tard il adopta la technique opératoire de Schröder-Hofmeier ; après un court usage de la suture en étage, il y a renoncé. Comme il n'obtint, de la méthode précédente, aucun résultat satisfaisant (sur 39 opérées, il en perdit 12), et que le procédé d'Hégar, en raison de la nécrose du moignon, lui paraissait incommode, il traita le pédicule à la manière de Wölfer, Hacker et Sänger, tout en apportant quelques modifications à ce traitement : Une fois que l'utérus est ramené en avant, il ferme l'angle supérieur de la plaie (pour prévenir la sortie des intestins) ; puis, on lie en se servant de l'aiguille de Deschamps les ligaments larges des deux côtés et l'on applique provisoirement le lien élastique ; cela fait, on sectionne l'utérus non pas transversalement, mais de telle manière que l'axe longitudinal de la section soit parallèle à la direction de l'incision abdominale, et qu'on puisse réunir les deux surfaces de la section utérine de droite à gauche. On suture, par quelques points de suture, les ligaments larges au moignon, d'où il résulte que la portion supérieure du moignon, suturée au péritoine, est extra-péritonéale. La plaie cunéiforme est saupoudrée d'iodoforme, bourrée de gaze iodoformée et recouverte d'un pansement de Lister. Le 9e jour, on change le pansement et on retire successivement les fils. De 19 femmes qu'il a opérées suivant cette méthode, toutes ont guéri ; l'une d'elles put être renvoyée 13 jours après l'opération.

Quand il s'agit de myômes intra-ligamentaires, il ne touche pas à l'utérus. Il énuclée la tumeur et suture le sac à la paroi abdominale. Il ne considère pas comme utiles, la résection et le drainage du sac, indiqués par Martin.

L'énucléation des myômes de l'utérus, conseillée par Martin, mérite d'être prise en grande considération, la castration dans ces cas est tout à fait inutile.

Olshausen confirme l'affirmation de Fritsch que l'abandon de la ligature élastique n'entraîne point la gangrène du pédicule; la suppuration est également un phénomène rare, surtout si l'on a eu soin de désinfecter soigneusement le lien élastique; cependant la nutrition du moignon est atteinte et c'est pour cette raison qu'il a, depuis son arrivée à Berlin, renoncé à cette pratique de l'abandon du lien élastique sur le pédicule. La ligature des ligaments larges en quatre portions (Zweifel) est inutile; pour se garer de l'hémorrhagie, il suffit de lier solidement le ligament *infundibulo-pelvien*, qui conduit les vaisseaux volumineux. S'il s'agit d'un pédicule à large surface, il faut, pour prévenir les hémorrhagies secondaires, lier l'artère utérine. La suture employée par Zweifel est dangereuse, parce que les fils qui traversent plusieurs fois le pédicule, pénètrent plusieurs fois aussi dans la cavité cervicale, et par là augmentent les risques de l'infection. Pour sa part, il se borne à exciser la muqueuse du col, et à désinfecter la cavité cervicale avec une solution de sublimé; il la suture ensuite au catgut et finalement recouvre le pédicule avec le péritoine. Le procédé recommandé par Fritsch lui paraît heureux.

Hofmeier est convaincu que la méthode intra-péritonéale est susceptible de fournir de meilleurs résultats, mais il faut s'appliquer à la perfectionner. La suture du pédicule n'a pas d'autre but que d'empêcher l'infection et de prévenir les hémorrhagies secondaires; elle est inutile, quand on désinfecte soigneusement la cavité et qu'on lie soigneusement les vaisseaux.

Frommel, non plus dans la pratique de Schrœder que dans la sienne, n'a observé d'hémorrhagies secondaires; 15 de ses opérées ont eu des suites opératoires tout à fait régulières. Quant à la 16e, morte le 7e jour d'accidents d'occlusion intestinale, elle permit de constater à la nécropsie : que le pédicule était complètement guéri, et que pas une goutte de sang n'était tombée dans la cavité abdominale.

Breisky se déclare partisan du traitement extra-péritonéal. Il constate que Gersuny, une année avant Fritsch, employait déjà la suture sagitalle du pédicule. Il ne se sert plus pour le drainage que de mèches iodoformées, et il ne peut qu'en recommander vivement l'usage.

KALTENBACH. — Il n'y a dans ces deux méthodes rien de nouveau : Celle de Zweifel est en réalité intra-péritonéale, celle de Fritsch extra-péritonéale. Les résultats du traitement extra-péritonéal sont supérieurs. Il considère celle de Zweifel comme un retour au temps des ligatures multiples ; et, par rapport à la désinfection de la cavité cervicale, elle lui paraît incertaine. Il n'est pas partisan de l'usage du cautère actuel, parce que les eschares ainsi obtenues ont une grande tendance à se putréfier. Il considère que la castration est nettement indiquée quand il s'agit de myômes multiples et de petit volume.

Martin est partisan de la méthode intra-péritonéale; comme Fritsch il préfère l'énucléation à la castration, surtout quand il s'agit de femmes jeunes. Depuis qu'il a observé, consécutivement à l'emploi des fils de soie, un certain nombre d'accidents (formation d'abcès, occlusion intestinale) il se sert exclusivement du catgut « *juniperuscatgut* » et il est très satisfait des résultats qu'il en a obtenus.

WIEDOW, DOHRN et ZWEIFEL ont ajouté quelques remarques.

SKUTSCH (Iéna). **Du traitement de la rétroflexion utérine.** — Tant qu'on ne sera pas en possession d'un traitement étiologique, s'adressant aux modifications des moyens de fixité de l'utérus qui se traduisent par la rétroflexion de l'organe, on sera dans l'obligation de compenser artificiellement cette abolition de leur fonction ; et on y arrivera par les pessaires qui en réalité fournissent des résultats meilleurs qu'on ne l'enseigne en général. L'échec du traitement par les pessaires provient souvent de ce qu'on n'en n'a pas choisi un d'une forme appropriée, ou qu'on ne s'est pas appliqué à lever les obstacles qui empêchent la reposition ou la contention de l'organe réduit. Les cas dans lesquels, par suite d'adhérences péritonéales trop solides, ou de cicatrices paramétritiques trop étendues, la méthode de Schültze ayant pour objectif la destruction de ces connexions anormales est inapplicable, ces cas sont en général incurables. Mais il est un certain nombre de ces cas qui, grâce à une modification préalable des conditions existantes, sont passibles d'être traités avec quelques succès par les pessaires. On y arrive par l'extension progressive et le massage méthodique des adhérences et des brides cicatricielles. L'auteur a adopté ce traitement, depuis surtout qu'il a appris à connaître de Brandt le massage des organes pelviens de la femme. Quand il s'agit d'adhérences pé-

ritonéales en forme de cordons, l'extension est le plus heureusement réalisée par les tentatives régulières et bimanuelles de reposition; mais si l'on a affaire à des adhérences étendues ou à des exsudats paramétritiques volumineux, il est préférable de recourir au procédé de massage, bimanuel, que Brandt applique au traitement des phlegmasies chroniques du tissu cellulaire pelvien. On procède à l'extension après qu'on a obtenu une diminution notable des exsudats paramétritiques.

Il va de soi qu'un diagnostic très précis est nécessaire pour la direction d'un traitement de cette nature.

On a, durant les 4 dernières années, rencontré 230 cas de rétroflexion de la matrice. Chez 25 de ces femmes, on n'institua, en raison de l'existence d'indications diverses, aucun traitement contre la déviation utérine. Sur les 205 autres, 182 furent traités à l'aide des pessaires et avec un résultat satisfaisant; 4 fois seulement il fallut recourir à l'emploi d'une tige-support intra-utérine. 15 fois, le massage et l'extension progressive, permirent de créer des conditions compatibles avec un traitement par les pessaires, qui fut suivi de succès. Dans 19 cas, les adhérences furent décollées (toujours sans accidents), 4 fois en partie, 15 fois en totalité.

*Discussion* : SCHWARZ, WERTH, WIEDOW, ENGELMANN (pour donner de la solidité aux tissus relâchés, il se sert du courant faradique; pour favoriser la résorption des exsudats, du courant galvanique. Enfin, il réalise l'extension progressive par l'application de tampons élastiques. Ce traitement rend absolument inutile l'emploi des pessaires), FRITSCH, WINCKEL, SCHULTZE, SKUTSCH.

SCHATZ (Rostock) présente un **calcul de l'urèthre**, d'un volume considérable, qui s'était développé autour d'une aiguille à cheveux qu'une jeune fille, au cours de manœuvres d'onanisme, s'était introduite dans l'urèthre. Le corps étranger a été expulsé après 1 an et 9 mois. Le calcul pesait 100 grammes.

ZWEIFEL. — **De la périnéoplastie.** — Z... fait une communication basée sur les résultats favorables que lui a donnés, dans les cas de déchirures complètes du périnée, la méthode à lambeaux de Lawson Tait. Il a obtenu en particulier, deux succès complets, dans deux cas où d'autres méthodes avaient entièrement échoué. Encouragé par ces succès, il a cherché à réaliser dans le traitement des déchirures incomplètes les mêmes conditions de rapidité et de simplicité. Il y est parvenu en suivant exactement le procédé décrit par

Simpson. Voici brièvement en quoi il consiste : division de la portion antéreure de la paroi vaginale postérieure et du périnée déchiré au moyen d'une incision médiane, puis, partant des extrémités de cette incision, deux autres incisions transversales, entre la muqueuse vaginale et la peau, allant aussi loin que s'étend le tissu cicatriciel et que le périnée doit être réuni. On obtient ainsi deux lambeaux triangulaires qu'on taille de bas en haut. Les surfaces avivées sont ensuite réunies par une suture continue au catgut. On peut, en cas de nécessité, faire au périnée une suture fixe soit avec de la soie ou du fil métallique.

*Discussion :* SAENGER : La première méthode décrite par Zweifel n'est pas exactement celle employée primitivement par L. Tait, la seconde est celle de Simpson que Tait a perfectionnée et simplifiée. Il a appliqué ce procédé de Simpson-Tait dans 39 cas et toujours avec succès. FRANK et OLSHAUSEN ont également obtenu des succès avec la méthode de Tait.

SAENGER (Leipsick). — **Des blessures de la vessie dans les laparotomies.** — On a presque toujours affaire, en semblable occurrence, à des lésions atypiques de la vessie, qui, tantôt est intéressée dans sa région extra-péritonéale, tantôt intra-péritonéale. L'auteur a été témoin d'un accident de cette nature qui, en raison de ses caractères propres et de sa gravité, lui a paru unique, et l'a conduit à un nouveau traitement des lésions de la vessie. Au cours de l'extirpation d'un énorme fibro-sarcome de l'ovaire droit, compliqué d'adhérences solides et étendues, le pédicule vrai de la tumeur fut méconnu, et l'on saisit à sa place la vessie qui était fortement attirée en haut et dissimulée dans les adhérences. Le pédicule supposé fut, avec l'aiguille de Brun et de la soie forte lié en 3 segments, et sectionné au-dessus de la ligature, d'où : *résection d'un morceau de la vessie ayant les dimensions de la moitié de la paume de la main.*

Le pédicule vésical fut au moyen des fils de soie attiré dans l'angle inférieur de la plaie. On sutura ensuite à sa face postérieure le péritoine pariétal, décollé de chaque côté, ce qui rendit le pédicule complètement extra-péritonéal. Quelques sutures transversales comprenant le péritoine et le moignon fixèrent celui-ci plus solidement. Les six fils de soie furent passés à travers un drain de verre qu'on poussa en arrière du péritoine pariétal, après quoi on ferma, sur le pédicule vésical et en le comprenant dans la suture, la plaie abdominale.

Durant les deux premiers jours, cathétérisme toutes les trois heures; puis, pendant huit jours drainage permanent de la vessie. Ecoulement de sang considérable. Mais, guérison sans trace de fistule. Les fils de soie furent successivement retirés au cours de plusieurs semaines.

L'auteur conseille de substituer la méthode qu'il a suivie dans ce cas aux procédés divers indiqués par GAILLARD, BILLROTH, POZZI, en raison surtout de l'incertitude du résultat de la suture primitive, qui d'après Rydygier ne réussirait que pour 1/3 des cas.

Sänger fait également remarquer qu'on ne se préoccupe pas suffisamment dans les laparotomies de ne pas léser l'ouraque et les vaisseaux ombilicaux. Ainsi, il a eu l'occasion d'observer une fistule de l'ouraque très rebelle, qu'il va opérer pour la deuxième fois.

*Discussion :* LÉOPOLD.

SCHULTZE (Iéna). — **Courte communication sur l'emploi des pessaires.** Les résultats d'un traitement par les pessaires dépend surtout des pessaires que l'on a choisis; pour être bon, un pessaire doit réaliser les conditions suivantes : être d'une substance homogène, non irritante, léger, approprié aux conditions particulières à chaque cas. Ceux qui répondent le mieux au but sont le pessaire de Schultze en forme d'un 8, et celui de Hodge et Thomas. Depuis quelques semaines, il se sert de pessaires en celluloïde (de fabrication anglaise); ils sont unis, souples, résistent longtemps à l'action des sécrétions, et n'irritent pas les muqueuses. Trempés dans l'eau bouillante, ils deviennent malléables, et prennent la forme que l'on veut. On peut ainsi avoir une série de pessaires-anneaux, de diamètres différents, dont on modifie la forme, suivant les nécessités de chaque cas, avant de les appliquer. Ils peuvent rester très longtemps en place, jusqu'à deux ans, sans causer le moindre dommage.

RUGE (Berlin). — **De l'adénome de l'utérus, de sa forme bénigne et maligne.** — Dans la forme glandulaire hypertrophique, la muqueuse est épaissie et les tubes glandulaires constituent des anses en forme de vrilles, l'épaississement est dû non à la multiplication mais à l'augmentation du volume des glandes. Dans la forme hyperplasique, au contraire, il y a prolifération, néo-formation de glandes. Enfin dans une 3e variété, il y a coexistence de ces états, *hypertrophie* et *hyperplasie glandulaire*. La maladie pousse

jusque dans la couche musculaire. La muqueuse n'est plus séparée de celle-ci par une ligne de démarcation nette ; le tissu cellulaire lui-même subit des modifications, il y a prolifération des noyaux, et les corps des cellules se dilatent de plus en plus jusqu'à prendre l'aspect de cellules déciduales et à former des saillies papillaires. L'endométrite hypertrophique glandulaire est désignée en gynécologie sous le nom d'adénome diffus, les excroissances polypoïdes sous celui d'adénome circonscrit. Mais cette dénomination d'adénome est fâcheuse, parce qu'elle implique l'idée d'un néoplasme de nature maligne et en conséquence une intervention chirurgicale, tandis que dans certaines formes de l'endométrite, quoique avec prolifération glandulaire, on n'est conduit à une opération qu'en raison d'un certain nombre de symptômes et non pour la maladie elle-même. L'adénome malin est en connexion clinique et anatomique avec le carcinome et réclame une opération radicale. En résumé, ce mot d'adénome, qui signifie une prolifération glandulaire, est de nature à créer l'équivoque.

Il serait donc préférable de remplacer la désignation *d'adénome bénin* par celle *d'endométrite glandulaire hyperplasique ;* celle *d'adénome malin* par celle de carcinome.

SCHUCHARDT (Halle). — **Du sarcome du vagin chez l'enfant, présentations.** On a jusqu'à présent rapporté sept cas semblables (Ahlfeld, Sänger, Babès, Demmel, Soltmann, Hauser, Steinthal) il s'agissait d'enfants âgés de 2 à 5 ans ; une seule fois, la tumeur qui se présentait sous la forme d'une masse en grappe, était congénitale. Dans tous ces cas, l'affection prit une allure maligne.

L'auteur communique deux observations nouvelles, qu'il a recueillies à la clinique de Volkmann. L'une d'elles se rapporte à une petite fille, âgée de 7 ans, qui succomba, 2 mois après avoir été opérée, à une récidive. La seconde concerne l'enfant que Schuchardt présente à ses collègues. C'est une petite fille, âgée actuellement de 7 ans. En 1885, elle fit une coqueluche et la mère remarqua que, pendant les quintes de toux, une tumeur, en forme de grappe, sortait du vagin de l'enfant. Au mois de septembre de la même année, on extirpa la tumeur et en même temps une portion de la paroi vaginale. 6 mois 1/2 plus tard, on constatait une récidive locale ce qui conduisit à l'ablation d'une grosseur du volume d'une noix et de la moitié de la paroi postérieure du vagin ; le reste de la paroi vaginale fut abaissé et suturé au périnée au niveau de

l'orifice vulvaire; réunion par première intention. Depuis cette époque, l'enfant se porte bien. Quant aux deux tumeurs, elles présentaient, sous le rapport anatomique, les caractères du sarcome à cellules rondes; et les éléments cellulaires étaient plus nombreux dans le tissu de récidive.

Pott (Halle). — **De l'étiologie de la vulvo-vaginite chez les petites filles.** Sur un relevé de 18047 enfants qu'il a traités pendant les 12 dernières années, parmi lesquels 8481 filles, l'auteur a observé 81 cas de vulvo-vaginite : jusqu'à 5 ans 56 fois; de 5 à 10 ans 23 fois, enfin de 10 à 15 ans 7 fois; la plus grande fréquence est de 2 à 4 ans. Il subordonne le développement de l'affection à l'action de causes constitutionnelles et locales. D'après lui, il s'agirait d'une maladie spécifique, transmissible (Infection gonorrhéique). Cseri et Israel ont trouvé des gonococcus dans les produits de sécrétion. L'étiologie de la maladie n'est pas encore nettement établie. Il est rare qu'elle soit la conséquence de tentatives de coït, à moins que celui qui s'y livre ne soit atteint de blennorrhagie. Mais, en beaucoup de cas, elle est la conséquence de cette notion encore très répandue, qu'un individu atteint de blennorrhagie, se guérit s'il met son pénis en contact avec les régions sexuelles de petites filles.

Il est également très rare que l'infection se produise pendant l'accouchement. Le plus souvent la contamination s'effectue par le contact direct de linges souillés (objets de literie). Les garçons sont moins exposés à être infectés parce que leur muqueuse génitale est plus protégée; il n'est pas rare cependant de constater chez eux des accidents de balano-posthite.

*Discussion :* Prochownik confirme les opinions émise par Pott. Il a observé 17 cas de vulvo-vaginites et 17 fois il a constaté la présence de gonococcus; assez souvent, les parents des enfants malades étaient atteints de gonorrhée. Saenger croit que les épidémies familiales ne sont pas rares, il a connaissance d'un cas où les parents et un enfant de 3 ans étaient atteints de gonorrhée.

Keil (Halle). — **De l'ouverture en deux temps des tumeurs kystiques de l'abdomen.** La méthode a été, pour la première fois, appliquée par Volkmann; Hegar la recommande dans les cas de pyosalpingite. L'auteur énumère les dangers qu'entraîne l'extirpation de semblables tumeurs : Cette extirpation est souvent rendue singulièrement laborieuse par le nombre des adhérences; elle se com-

plique assez fréquemment de la rupture du sac et de son contenu purulent dans la cavité abdominale ; en outre, il peut se déclarer, dans la profondeur du bassin, des hémorrhagies qu'il est parfois extrêmement difficile de combattre. Sur 31 cas de pyosalpingite que Gusserow a voulu enlever, la rupture a eu lieu 17 fois. L'ouverture en deux temps de ces tumeurs supprime les dangers en question. On ne possède actuellement que très peu de documents sur les résultats définitifs de sa méthode opératoire ; mais le relâchement de la tumeur suffit en tout cas à faire disparaître les phénomènes de compression. Kaltenbach a obtenu deux succès avec ce procédé. Une femme, âgée de 46 ans, III pare, ressentait depuis longtemps dans le côté gauche du ventre des douleurs vives ; le cul-de-sac vaginal gauche était abaissé par une tumeur kystique (hydrosalpinx). Une incision, menée parallèlement au ligament de Poupart, mit la tumeur à découvert, et on en fixa les parois à la plaie abdominale ; gaze iodoformée et bandage. Au bout de 8 jours, on constata que la tumeur adhérait à la paroi abdominale, elle fut alors incisée, évacuée du liquide qu'elle contenait, et l'on plaça dans sa cavité un tube à drainage. Après 3-4 semaines la plaie était fermée.

Dans un autre cas, ce même procédé opératoire fut appliqué à une tumeur de la rate.

*Discussion :* WERTH, DUHRSSEN, WIEDOW, SKUTCH, KALTENBACH, KEIL.

BAUMGAERTNER (Baden-Baden). — **De l'opération du carcinome du col.** Baumgärtner a pratiqué 3 fois l'extirpation totale de la matrice par le vagin ; une de ses opérées est restée depuis, soit 3 années, indemne de récidive. Il n'accorde à l'excision élevée du col aucune sécurité, sous le rapport de la récidive. Il a, dans ses derniers temps, eu recours en présence de carcinomes du col, donnant lieu à des pertes de sang et à des sécrétions fétides, à la ligature des artères utérines. Et dans un cas il a vu, consécutivement, les hémorrhagies et les sécrétions se supprimer, et même le carcinome rétrocéder (dégénérescence graisseuse et résorption). En conséquence, il conseille dans les cas désespérés, de recourir à cette méthode.

LENTOS (Budapest) présente le **pantalon support,** imaginé par Kémarsky, pour soutenir le bas-ventre.

ECKART (Halle). — **De l'état de la muqueuse du corps dans le cas**

**de cancer de la portion vaginale.** Sous le titre précédent a paru, dans l'*Arch. f. Gynäk.* Hft. 2, un travail de K. Abel, travail émané de la clinique privée de Landau, dans lequel l'auteur déclare que sur 7 utérus, enlevés en totalité pour raison de cancer du col, il a trouvé que la muqueuse de la cavité utérine était sarcomateuse. Or, de son côté, Eckart a examiné également cette muqueuse sur 10 utérus enlevés par Kaltenbach. Et, contrairement aux observations d'Abel, il n'a jamais pu constater que les lésions d'une endométrite hyperplasique simple (prolifération des éléments interglandulaires et des glandes, saillies papillaires et polypeuses vascularisation anormale)... Il y a là assurément un certain degré de ressemblance avec les lésions des sarcomes, mais en réalité il ne s'agit que d'un processus chroniqne, atypique, de la muqueuse utérine. Les hémorrhagies qui accompagnent le cancer du col reconnaissent en partie pour cause l'évolution du néoplasme, mais elles dépendent aussi des altérations, et en particulier de la vascularisation excessive de la muqueuse du corps. Enfin, sur ces 11 cas de carcinome du col, 3 fois il a constaté la coexistence de petits myomes.

Wiedow (Fribourg). — **Du relâchement du péritoine.** Les malades peuvent être classés en deux catégories.

1° Le relâchement de tout le péritoine et de la paroi abdominale se produit chez des femmes pauvres et qui travaillent beaucoup. Elles se plaignent de météorisme dans la région épigastrique, de tiraillements, de sensations de pesanteur, de troubles de la digestion; la menstruation est profuse et les périodes intercalaires courtes. Il y a des pertes blanches. L'utérus est souvent augmenté de volume, hypertrophié, et en rétroversion ou en antéflexion. On observe souvent de semblables phénomènes chez des nullipares, chlorotiques, obligées de travailler beaucoup.

2° Ici les altérations affectent surtout le péritoine et le plancher pelvien. Dès que le plancher pelvien devient insuffisant, le péritoine correspondant subit la pression intra-abdominale et par suite se relâche. Cette pression intra-abdominale est en conditions normales, compensée par l'appareil d'occlusion du vagin ; cette compensation disparaît dès qu'il y a déchirure du périnée. L'appareil d'occlusion se trouve reporté plus haut, il finit par céder à l'effort de la pression abdominale, et l'utérus s'abaisse en se plaçant en antéversion ou en antéflexion.

Il déconseille surtout l'usage de la sonde utérine avant les opérations au cours desquelles on ouvre la cavité utérine, examine les divers côtés de la technique de l'antisepsie des voies génitales avant la myomotomie, et fait ressortir les conséquences que peuvent avoir sur la question de l'auto-infection les résultats précédents.

*Discussion :* Jacquet, Solger, Olshausen (1).

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

*Présentations :* PHILLIPS : a) **Enfant. âgé de 11 jours, atteint d'une tumeur maligne du front.**

GRIFFITH : b) **Coupes microscopiques de fibromes et myômes de l'utérus et des ovaires.**

Il est donné lecture d'un rapport sur **des lésions du placenta dans le cas de grossesse extra-utérine.**

BOXAL lit un mémoire intitulé : **des conditions qui favorisent l'hydrargyrisme chez les accouchées avec quelques considérations ayant pour objet de le prévenir.** — La question est traitée sous deux points de vue essentiels : 1° *absorption excessive*, 2° *élimination insuffisante.*

*Point où se fait l'absorption.* — La solution hydrargyrique pénètre-t-elle dans la cavité de l'utérus, au cas même où l'on n'a pas recours à l'injection intra-utérine ? Il semble que les choses se passent assez souvent ainsi ; toutefois, la résorption peut avoir lieu au niveau des surfaces cruentées du col, du vagin, du périnée, et même à travers la muqueuse vaginale ayant conservé son intégrité. Il convient, pour se garer des dangers de l'absorption, de prendre les précautions suivantes : 1° Il faut non seulement s'appliquer à solliciter la contraction de l'utérus, mais à rendre cette contraction permanente ; il importe surtout, que le liquide injecté soit à une température assez élevée pour qu'elle soit elle-même un agent de cette contraction ; 2° la femme doit toujours, pour recevoir l'injection, être placée dans le décubitus dorsal, et, pendant qu'on la donne, il faut maintenir une main appliquée, par en haut, sur l'utérus ; 3° l'injection donnée, il ne faut pas manquer de s'as-

(1) Ce travail a été publié *in extenso*, in Zeits. f. Geb. und Gynäk. Bd. XIV. Heft. 2, 1888, p. 442.

surer, par le palper abdominal, que la matrice est bien contractée ; dans le cas contraire, il faudrait la saisir dans la paume de la main et l'exprimer comme une éponge, tout en la pressant en bas, afin d'évacuer le vagin ; 4° les surfaces cruentées au niveau de l'orifice externe, seront réunies, et tous les autres points déchirés, avivés, seront recouverts d'une substance capable de prévenir l'absorption.

Relativement au deuxième point, l'élimination insuffisante, l'auteur s'est occupé des fonctions éliminatrices du rein et de l'intestin. Voici ses conclusions à ce point de vue.

1° La néphrite chronique, et probablement aussi les modifications qui, sous l'influence de la grossesse, se produisent au niveau des reins, peuvent, en diminuant l'excrétion, amener une rétention nocive ; 2° l'intestin possède un pouvoir excréteur égal, sinon supérieur, à celui du rein, d'où les conseils suivants : 1) Quand les reins sont malades, il faut renoncer à l'emploi de l'injection intra-utérine de sublimé, ou du moins ne la manier qu'avec la plus grande prudence ; 2) il faut aussi tâcher de provoquer une diurèse abondante ; 3° on aura soin de provoquer des évacuations intestinales quotidiennes, par l'administration des purgatifs salins ou de telles autres substances qui provoquent des garde-robes abondantes et liquides.

A ce travail, sont annexés 11 cas d'hydrargyrisme légers, et un cas d'hydrargyrisme mortel.

Duncan. — Attire l'attention sur la distension facile de l'utérus par les injections, même longtemps après la délivrance. La distension qui se produit peu après la sortie de l'enfant, comme par exemple à la suite de l'hémorrhagie *post-partum*, est mieux connue. Boxall a laissé échapper un mode de l'intoxication, autre que celui de la résorption. C'est la pénétration en masse du liquide toxique, pénétration qu'on s'explique très bien immédiatement après la délivrance, par l'état de béance de sinus. Mais cette pénétration peut se produire même dans le cas d'un utérus non gravide. Une mort subite qu'il a vue survenir à la suite d'une injection de perchlorure de fer ne pouvait recevoir d'autre interprétation.

Routh, est d'avis qu'il y a dans la pratique des injections de sublimé un excès de routine. Il ne croit pas que la substitution des injections faibles aux solutions fortes, procure une sécurité suffisante contre la production des accidents. Peut-être même les favo-

vaginale du col. L'opérée est en fort bon état depuis le 4 août 188[illegible], jour où elle a été opérée. L'utérus est mobile et indolore.

Thompson a fait, il y a 9 mois, une opération semblable; [illegible] opérée va bien aussi.

Il discute l'opération qu'il a faite, et la trouve utile, dans les cas appropriés, et ne rejette point l'extirpation totale, quoiqu'elle présente plus de danger. L'une comme l'autre doivent être faites aussitôt que possible.

Taber Johnson croit comme Thompson à l'origine locale du cancer. Les tumeurs guéries par le raclage ou la cautérisation ne sont pas des cancers. Dans le cas de vrai cancer, on perd trop de temps à des mesures insuffisantes. La mortalité après l'ablation de l'utérus, donne 24 0/0 de morts.

*Séance du 2 décembre* 1887.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

Hagner. — **Phlegmatia dolens puerpérale.** Monographie très complète de la question. L'auteur rapporte 2 cas.

W. W. Johnston examine les diverses théories avancées pour expliquer cette maladie.

1° **Thrombose de la veine fémorale sans phlébite antérieure** (Rigby, Fraser, Jacquemier, Kiwish).

2° **Altération septique du sang** (Mackenzie, etc.). **Coagulation veineuse et phlébite causée par le contact du sang avec le liquide vicié.**

3° **Phlébite primitive, thrombose veineuse secondaire.**

4° **Inflammation des muscles, de la membrane celluleuse et de la surface inférieure de la peau, s'étendant parfois peut-être aux gros vaisseaux sanguins, aux nerfs, aux lymphatiques et aux ganglions.**

5° **Caillot venu de l'aire placentaire, allant à la fémorale, en passant par l'hypogastrique.**

6° **Coagulation dans les lymphatiques, issue du liquide fibrineux dans le tissu connectif de la cuisse** (Tilbury, cas de Fox).

*Conclusions.* — 1° Le sang doit être en état de conserver sa fluidité et l'intégrité de la tunique interne des veines.

2° L'état puerpéral est favorable à la coagulation. La fibrine est surabondante dans le sang.

3° L'altération septique ajoute à la coagulabilité du sang.

4° Il n'est pas facile de démontrer que l'état du sang qui cause la coagulation produit la phlébite primitive.

5° L'œdème particulier de la phlegmatia semble prouver que la maladie est due à quelque chose d'autre que la phlébite obstructive.

J. Taber Johnson a vu un cas qu'il attribue à la sepsie; la malade eut les deux jambes prises. Busey qui la vit, crut à une lymphangite. L'incision est le meilleur traitement dans ce cas.

La malade se remit. Les cas non compliqués guérissent; mais, s'il y a une thrombose, la mort en est ordinairement la conséquence.

King. — La coagulation est le dernier acte de la vitalité; le sang septique est malade et mort en partie. La phlegmatia n'est pas spéciale à la grossesse et à l'accouchement, elle est due parfois à une maladie maligne.

Fry. — L'érysipèle a quelque rapport avec la phlegmatia. Tyler Smith a rapporté l'histoire d'un médecin qui, ayant soigné un cas de phagédénisme, assista, 24 heures après, trois femmes en couches; toutes les trois eurent une phlegmatia.

## *Séance du 20 janvier* 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

Th. C. Smith. — **Accidents causés par les tiges de laminaire.** Cas I. — *Rétrécissement de l'urèthre.* Le malade laissa la tige trop longtemps dans le canal; quand il voulut l'extraire elle se rompit. Smith réussit à en faire l'extraction. Elle n'avait nullement dilaté la partie rétrécie.

Cas II. — *Dysménorrhée, stérilité.* Smith fit un débridement avec le bistouri pointu, puis introduisit une petite tige de laminaire. Pelvi-cellulite. Au bout de 6 mois, la dysménorrhée a reparu aussi pénible qu'auparavant. Nouveau débridement, application d'une tige de laminaire, dont l'extraction fut très difficile : dilatation nulle du rétrécissement. La malade souffre moins cependant.

Th. C. Smith. — **Hématome vaginal après l'accouchement.** La tumeur, fort dure, renfermait environ 1/2 litre de sang et occasionnait du ténesme; elle était située entre le rectum et le vagin. Au bout de 3 semaines, elle avait diminué, ce qui est rare pour ce

genre de tumeurs, qui généralement suppurent ou se sphacèlent. Deneux donne une mortalité de 22 sur 62.

TH. C. SMITH. — **Abcès pris pour une cystocèle.** 10 jours après le premier examen l'abcès s'ouvrait dans le vagin.

TH. C. SMITH. — **Le forceps sur la tête dernière.** SMITH affirme que cette opération, regardée comme difficile, est en réalité aisée, et de beaucoup préférable à l'extraction manuelle par des tractions sur les épaules. Il cite 2 cas.

BROMWELL a la précaution de fixer les tiges de laminaire au moyen d'un fil qui les traverse dans toute leur longueur. Il croit dangereuse l'introduction d'une tente après l'incision du col. Il n'a jamais observé d'accident, grâce à l'antisepsie.

G. W. JOHNSTON cite Breisky, qui a remarqué la rareté des hématomes vaginaux après l'accouchement. (1/1128), et leur fréquence relative chez les primipares.

J. FORD THOMPSON. — L'abcès de la paroi vaginale antérieure est fort rare, et la méprise de Smith est fort excusable.

KING recommande la pression exercée sur la tête, au-dessus du pubis, lorsque le corps du fœtus étant expulsé, la tête tarde à sortir.

*Discussion :* HAGNER, MAC ARDLE, PRENTISS.

---

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du 23 mars 1888.*

PRÉSIDENCE DE TH. BYFORD

BYFORD. — **Deux cas d'ablation de l'utérus pour un cancer et un fibro-sarcome.**

FR. H. MARTIN. — **Quinze cas de fibrome traités par le galvanisme.** Le total des applications est de 623.

*Résultat :*

| | |
|---|---|
| Amélioration | 4 |
| Guérison des symptômes | 5 |
| Guérison complète | 5 |
| 1 cas non justiciable de l'électricité, à opérer | 1 |

*Discussion :* P. S. HAYES, E. J. DOERING.

HOAG. — **Mort du fœtus dans l'utérus.** Il cite une statistique de la clinique de Braun : 565 cas d'accouchement prématuré ;

| | |
|---|---|
| Causes inconnues | 395 |
| Syphilis | 70 |
| Tuberculose pulmonaire | 9 |
| Péritonite | 2 |
| Autres fièvres | 23 |
| Insertion vicieuse du placenta | 10 |
| Anomalie du cœur | 1 |
| Traumatisme | 7 |
| Eclampsie | 1 |
| Accouchement provoqué | 4 |
| Grossesse double | 43 |

L'auteur examine les causes paternelles, maternelles et ovulaires. Il fait un grand éloge de la curette après l'avortement.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

*Séance du* 19 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE ZINKE

G. ZINKE. — **Grossesse double, avortement en 2 fois, une fois causé par des vomissements, l'autre fois par une insertion vicieuse.** La malade avait une endométrite. Quoique ayant reconnu la grossesse, Zinke continua à placer chaque semaine un tampon iodé dans le col, et à faire faire des injections.

Du 29 avril au 8 mai, la malade perdit du sang, et jusqu'au 25 mai, elle ne cessa de vomir sa nourriture.

En juin, la malade dit au docteur : « Je grossis, je suis enceinte » — « Vous vous trompez, vous avez avorté il y 6 semaines, et vous avez eu vos règles depuis lors ». Quelque temps après, elle sentit les mouvements du fœtus.

Le 1er juillet elle fut prise d'une perte, qui dura jusqu'au 20. Ce jour-là Zinke diagnostiqua une insertion vicieuse. La malade accoucha avant terme et se remit.

PALMER rapporte un cas de vomissements incoercibles, dans lequel la dilatation cervicale échoua, il fallut provoquer l'avortement.

*Discussion :* G. E. JONES, G. S. MITCHELL, WENNING, JULIA CARPENTER, BYRON STANTON, T. P. WHITE, W. H. TAYLOR.

(Résumé, d'après l'*Am. J. of obst.*, par A. CORDES.)

---

# VARIÉTÉS

### Cours d'accouchements

MM. les Drs BOISSARD et VARNIER commenceront au mois de novembre un **cours démonstratif d'accouchements.** Un avis ultérieur indiquera la date exacte de l'ouverture et le programme du cours.

On peut s'inscrire dès à présent à la librairie G. STEINHEIL, 2, *rue Casimir-Delavigne.*

---

*Les Annales de gynécologie et d'obstétrique ont reçu :*

**Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite,** Dr WALTON (Bruxelles).

**La Maternité de Bologne,** statistique des accouchements pratiqués de 1861 à 1879, D. M. REY.

**Des troubles gastriques et en particulier des vomissements d'origine génitale chez la femme, en dehors de la grossesse,** J. BATUAUD.

**Rapport sur le service de la Maternité en 1887,** Dr QUEIREL (Marseille).

**Des troubles gastriques et en particulier des vomissements d'origine génitale chez la femme en dehors de la grossesse,** par M. Jules BATUAUD, interne de St-Lazare.

**Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite, son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus,** par le Dr WALTON (Bruxelles).

---

**Erratum** : p. 63, au lieu de MUNDÉ a vu *le* cas, lire : *six* cas...

---

*Le Gérant :* G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## LEÇONS SUR LES PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Par M. **Trélat**

Professeur de clinique chirurgicale à la Charité

Recueillies et rédigées par M. le Dr BARETTE, chef de clinique chirurgicale.

### DEUXIÈME LEÇON (1)

SOMMAIRE : **Mécanisme et pathogénie des prolapsus génitaux. — Moyens de fixité des organes pelviens. — Péritoine, ligaments, muscles, aponévroses, corps périnéal. — Rôle de ces diverses parties. Application de ces données à la pathogénie des prolapsus. — Prolapsus vaginaux — utéro-vaginaux. — Les prolapsus se combinent et se compliquent. — Ils s'aggravent indéfiniment.**

Messieurs,

Je vous ai fait connaître (2) dans quelles circonstances se produisent les prolapsus génitaux ; je vous ai montré aussi,

(1) Cette leçon fait partie d'un ensemble de leçons cliniques sur les affections de l'appareil génital de la femme, qui seront publiées ultérieurement par MM. J.-B. Baillière, éditeurs.

(2) Voir 1re leçon, *Annales de Gynécologie*, Mai 1888.

par de nombreuses observations, que ces déplacements étaient, le plus souvent, complexes ; qu'ils se combinaient les uns avec les autres pour donner lieu à des types morbides presque aussi nombreux que les individus eux-mêmes.

Nous allons, maintenant, chercher à voir clairement le mécanisme de ces lésions ; à vous montrer leur exacte pathogénie, pour tirer ultérieurement de ces connaissances des indications utiles pour la thérapeutique.

Il semblerait, en effet, quand on lit la plupart des auteurs que ce mécanisme est simple et banal ; allongement des ligaments, défaut de résistance du plancher pelvien, précipitation de l'utérus, causée par une augmentation de poids : telles sont les raisons dont on s'est déclaré satisfait. Je crois qu'il faut aujourd'hui se montrer plus exigeant, chercher à préciser et à pénétrer plus avant dans l'intimité des conditions pathogéniques, si multiples, qui président à la formation des prolapsus, qui les compliquent et les aggravent quand ils sont constitués.

J'admets en principe, et je vais le démontrer, que les organes pelviens de la femme sont maintenus dans leur position normale par plusieurs ordres de moyens, le péritoine, le plancher pelvien constitué par l'aponévrose périnéale et le releveur de l'anus, le corps périnéal. Ils sont aussi fixés par des adhérences ligamenteuses de longueur et de résistance variables qui les unissent soit entre eux soit aux parois du bassin.

Tout ce qui pourra affaiblir, relâcher ou détruire ces moyens de fixité pourra aussi amener des prolapsus.

Étudions rapidement ensemble les agents de résistance naturels qui fixent les organes. Il vous sera facile de les graver dans votre mémoire. Si vous voulez considérer avec attention quelques planches que nous avons empruntées à l'École pratique de la Faculté et qui sont dues à l'habile crayon de M. le Prof. Farabeuf.

Sur la première (fig. 1) vous voyez manifestement la disposition des sphincters vulvaire et anal (S. V. S. A.). Placés

tous les deux sur la ligne médiane; continus en quelque sorte l'un avec l'autre au niveau du périnée, ils sont reliés l'un (S. A.) à la pointe du coccyx, l'autre à l'arcade pubienne au-dessous et sur les côtés des insertions du clitoris sur cette arcade. Il en résulte que lorsque le sphincter anal (S. A.) se contracte, l'anus s'enfonce un peu et semble se rapprocher de la pointe du coccyx; quand le sphnicter

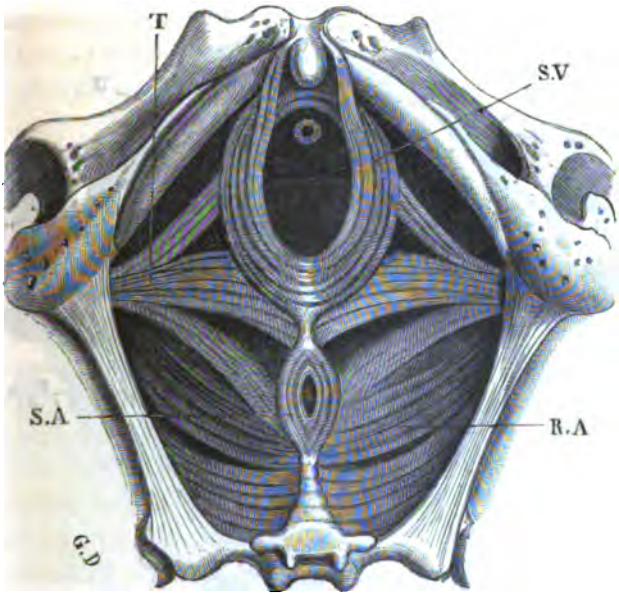



FIG. 1.

S.V. Sphincter vulvaire et ses fibres péri-uréthrales. — T. Transverse du périnée; ses trois faisceaux. — S.A. Sphincter anal. — R.A. Dans le plan profond, face inférieure du releveur de l'anus.

ulvaire entre en action, il rapproche la commissure posrieure de la vulve de la symphyse pubienne. Quand tous s deux entrent simultanément en jeu ils forment une orte de bande contractile antéro-postérieure qui tend à brier les organes placés au-dessus. Au milieu, vous apercevez transverse du périnée (T), son faisceau médian transversal,

organe important du plancher périnéal, au-dessus et au-dessous des fibres qu'il envoie aux sphincters vulvaire et anal. Le transverse s'attache de chaque côté aux ischions, forme comme il est facile de le comprendre une bande musculaire, résistante, plus ou moins épaisse qui devra jouer un rôle des plus importants dans la pathogénie des déplacements consécutifs aux ruptures du périnée. Cette bande musculaire très développée chez certaines femmes suivant sa largeur se déchire

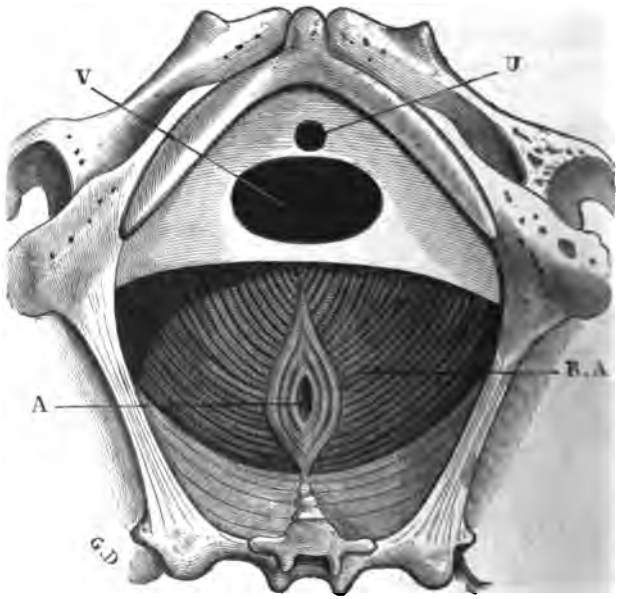



FIG. 2. — Aponévrose moyenne chez la femme, perforée par l'urèthre et vagin recouvrant ainsi la portion antérieure du releveur de l'anus.
V. Vagin. — U. Urèthre. — A. Anus. — R.A. Releveur de l'anus.

souvent si violemment au moment de l'expulsion du fœtus q l'on perçoit son craquement avec la main qui soutient le pé née. Plus tard ses deux moitiés se rétractent et s'atrophien de là une mauvaise condition pour la réparation tardive d déchirures périnéales.

Dans la seconde planche (fig. 2) vous voyez encore

sphincter anal (A.) et autour de lui les insertions de la portion postérieure du releveur (R. A.) Le transverse périnéal est enlevé ainsi que le sphincter vulvaire, l'aponévrose périnéale moyenne perforée par un orifice transversal, le vagin, et un plus petit, arrondi, l'urèthre ; forme un plan résistant étendu entre les branches du pubis : adhérant de chaque côté à l'os et aux gaines des corps caverneux du clitoris. Celles-ci sont entourées elles-mêmes de petits muscles, les ischio-caverneux. La section du vagin est transversale, perpendiculaire à celle de la vulve qui dans la figure précédente vous est montrée verticale.

L'aponévrose moyenne une fois enlevée (fig. 3) nous tom-

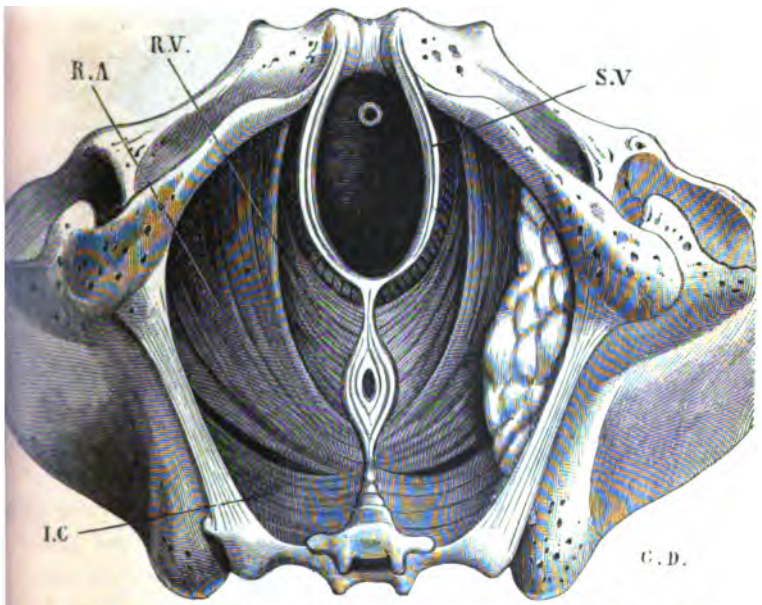



FIG. 3. — Face inférieure des diverses portions du releveur de l'anus.
S.V. Sphincter vaginal. — R.A. Releveur anal. — R.V. Releveur profond vaginal. — I.C. Ischio-coccygien.

bons sur un plan musculaire de la plus haute importance, continu dans toute l'étendue du détroit inférieur du bassin. En

arrière vous reconnaissez l'ischio-coccygien (I. C.) qui nous intéresse médiocrement. Plus en avant sont les fibres du releveur. D'abord sa portion anale (R. A.) formée de faisceaux qui se perdent dans les parois de l'intestin au-dessus du sphincter externe. Entre l'anus et la vulve vous apercevez d'autres fibres formant un plan musculaire médian, se portant ensuite en haut et en dehors c'est la portion antérieure ou sous-vaginale du releveur (R. V.) ; elle renforce le périnée et forme

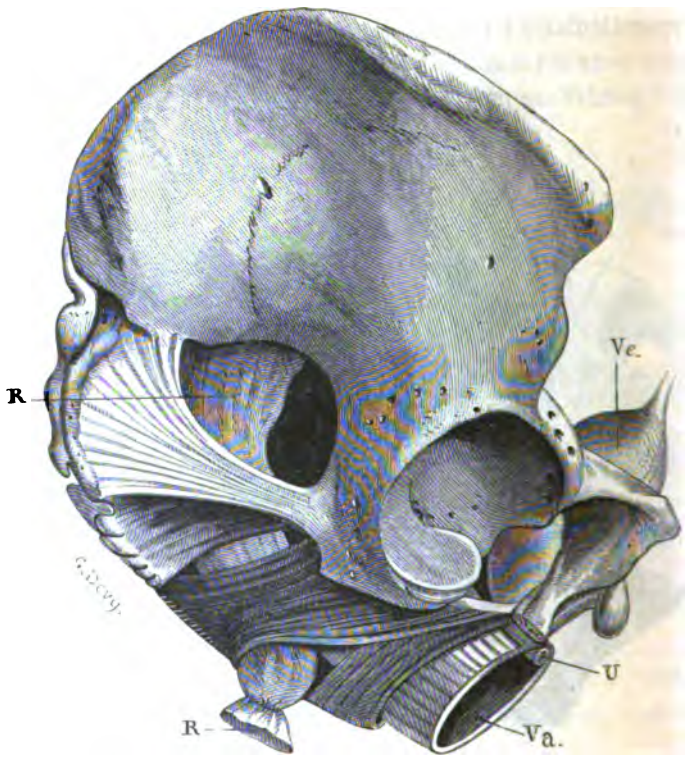



FIG. 4. — Coupe latérale montrant le releveur de l'anus dans ses rapports avec le rectum, le vagin, la vessie, l'urèthre et la vulve.

Ve. Vessie. — R. R. Rectum. — U. Urèthre. — Va. Vagin.

comme une sangle musculaire et contractile sous la paroi in-

férieure du vagin. Elle ne s'attache aux parois de ce canal qu'au-dessus du sphincter vaginal figuré aussi dans la même planche.

Vous pouvez encore beaucoup mieux comprendre la disposition du releveur périnéal dans la planche que voici (fig. 4). La partie inférieure du pubis et de l'ischion ont été enlevées par un trait de scie passant au-dessous de la cavité cotyloïde. Au niveau du trou ovale vous voyez le bord supérieur, résistant de l'aponévrose de l'obturateur interne qui sert d'attache solide au releveur. De cette aponévrose partent trois ordres de fibres, les unes allant entourer le vagin (Va.), passant sous sa face inférieure, ce sont celles que nous avons vues sur la planche précédente au niveau du plancher périnéal.

Elles contrastent, par leur direction, avec les fibres longitudinales du vagin. En arrière est la portion ano-rectale proprement dite du releveur ; elle se comporte avec le rectum (R). comme les précédentes par rapport au vagin.

La planche suivante (fig. 5) présente pour nous une très grande importance. Sur la gauche la vessie (V), l'utérus (U.) et le rectum (R.) sont encore partiellement recouverts par le péritoine (P.P'P") pelvien qui forme en avant le cul-de-sac vésico-utérin, en arrière le cul-de-sac utéro-rectal. Sur la droite vous reconnaissez la section du muscle obturateur interne (O.I.) son aponévrose donnant insertion au muscle releveur (R.A.) de l'anus et du vagin, et aussi la face supérieure de ce muscle s'enfonçant de plus en plus vers le centre du petit bassin pour aller s'unir aux parois des organes.

On voit très bien sur cette planche les connexions des organes pelviens entre eux et leurs attaches au bassin. La vessie (V.) est reliée au pubis par des ligaments courts les ligaments vésico-pubiens. Ces ligaments se confondent en partie avec d'autres faisceaux de même nature, qui viennent de la partie supérieure des bords du col de l'utérus (2) et vont aussi se fixer au pubis. Entre la vessie et la face antérieure du col utérin, il y a un accolement des organes

assez intime et vous savez qu'ils sont unis l'un à l'autre assez fortement. On en a la preuve dans l'exécution des

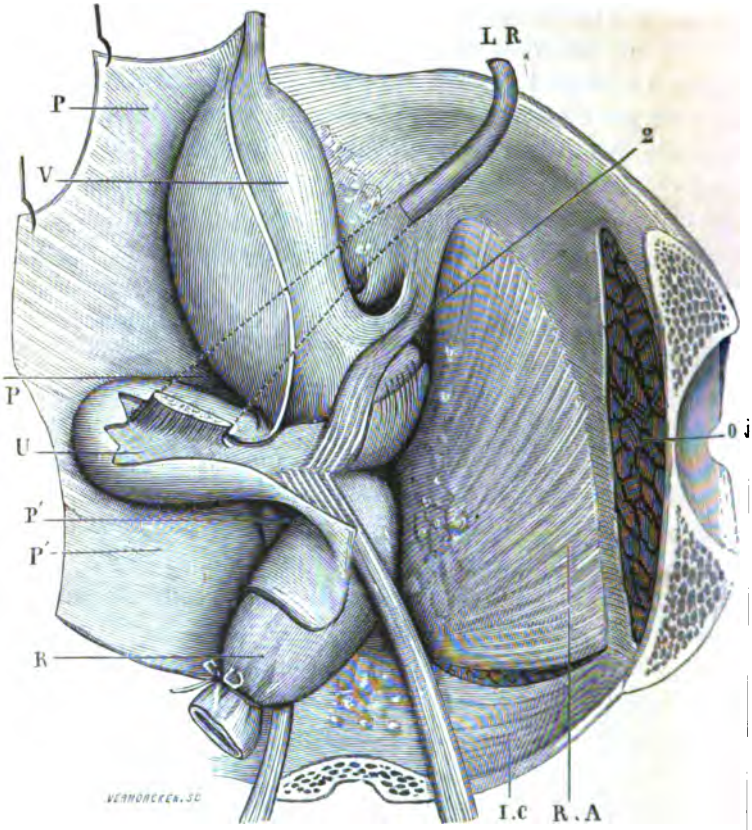



FIG. 5. — Disposition du péritoine et du releveur de l'anus par rapport à la vessie, à l'utérus et au rectum. Moyens de fixité de la vessie et de l'utérus au squelette du bassin.

V. Vessie. — U. Utérus. — R. Rectum. — P.P'P'' Péritoine pelvien. — O.I. Obturateur interne. — R.A. Releveur de l'anus. — I.C. Ischio-coccygien.

premiers temps de l'hystérectomie vaginale et vous savez aussi que l'union est parfois tellement intime que la vessie se trouve lésée pendant les manœuvres de décollement.

Les ligaments larges ont été enlevés mais de la partie supérieure du corps utérin (u.) vous voyez partir un faisceau musculo-ligamenteux (L.R.) qui va se porter vers l'épine pubienne, et traverser le canal inguinal, c'est le ligament rond.

Enfin, de la partie postéro-latérale supérieure du col utérin partent d'autres ligaments (l.) qui passant sur les côtés du rectum auquel ils donnent quelques fibres, vont s'attacher à la face antérieure du sacrum, ce sont les ligaments utéro-sacrés, normalement perpendiculaires à la direction de l'utérus et presque parallèles à celle du vagin.

Comme vous pouvez maintenant en juger, par ce court aperçu anatomique, et ces planches peut-être un peu schématiques, les moyens d'attache des organes pelviens de la femme sont multiples ; répartis sur plusieurs plans et d'importance très variable. Un coup d'œil d'ensemble sur ces divers plans va vous faire comprendre leur fonctionnement.

Le péritoine recouvre partiellement la vessie, l'utérus et ses annexes, et le rectum ; il contracte avec eux des adhérences très intimes dans quelques points. A la face postérieure de la vessie et à la face antérieure du rectum on peut le décoller avec ménagement, mais avec l'utérus, il a des connexions étroites au niveau des deux faces et du fond. Il ne peut cependant pas être considéré comme un moyen de fixation, car outre qu'il ne contracte pas d'adhérences solides avec la ceinture pelvienne vous saurez qu'il se distend et se déplace assez facilement dans un grand nombre de descentes. Le péritoine transmet aux organes du petit bassin le poids de son contenu. tube digestif, épanchements ascitiques ou sanguins quand il en contient et vous savez tous, que dans ces cas, on voit le cul-de-sac recto-utérin se distendre et bomber sur la paroi postérieure du vagin.

Les ligaments ronds, les ligaments larges, et les ligaments utéro-sacrés forment une première série de moyens d'attache dont le rôle est encore très discuté aujourd'hui. Ils ne sont pas tendus à l'état normal, et ils ne paraissent soutenir l'utérus que très secondairement comme des cordelettes

mollement tendues placées en différentes directions autour d'un mât fiché dans le sol.

Ils entrent en jeu surtout quand le volume de l'utérus augmente, quand il se distend sous l'influence de la grossesse. L'anatomie nous enseigne même que dans cette circonstance ils subissent un allongement et une hypertrophie musculaire considérable qui doivent rétrocéder après l'accouchement, jusqu'aux dimensions normales. Les ligaments utéro-sacrés font obstacle à l'abaissement du col utérin, ce sont eux qui supportent en partie les tractions énergiques qui se font pendant l'application du forceps, dans les autres opérations obstétricales; ce sont eux qui luttent pour maintenir le col à une certaine hauteur pendant l'accouchement normal, ils peuvent donc subir de violentes distensions, être même arrachés ou déchirés brusquement.

Sur un plan plus inférieur, nous trouvons toute la série de moyens d'attache qui relient la vessie, l'utérus et le rectum au bassin et entre eux. Ainsi la vessie est fixée au tiers inférieur de la face postérieure du pubis par des liens fibro-musculaires formant deux faisceaux connus dans beaucoup d'auteurs sous le nom de ligaments antérieurs de la vessie. L'urèthre de la femme est aussi rattaché à l'arcade inférieure du pubis et par une portion de l'aponévrose moyenne et par quelques adhérences qui font suite à celles de la vessie. Du côté du col utérin partent des faisceaux dirigés en avant et allant se confondre avec le bord externe des ligaments vésico-pubiens pour aller aussi se fixer au pubis (fig. 5). De plus, entre la vessie et la face antérieure du col utérin, il existe des adhérences assez intimes, ce sont celles que nous séparons dans les premiers temps de l'hystérectomie vaginale. En arrière du col, il existe avec le rectum des adhérences constituées par des faisceaux qui semblent faire partie des ligaments utéro-sacrés.

Sur un troisième plan nous trouvons l'entonnoir musculaire, l'escarpolette si vous le voulez, constituée par le releveur de l'anus. Nous avons vu qu'il est constitué par différents

faisceaux dont les uns vont passer sur les côtes du vagin tandis que les autres entourent les côtés du rectum. L'en-

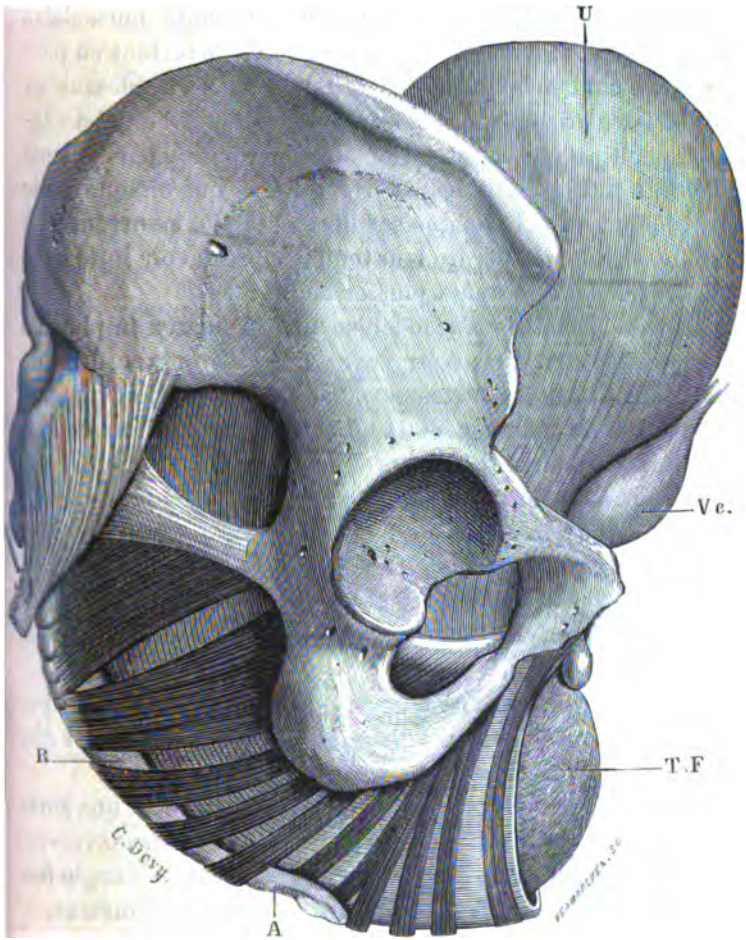



FIG. 6. — Rôle du releveur dans l'accouchement.

U. Urèthre. — Ve. Vessie. — R. Rectum. — A. Anus. — T. F. Tête fœtale.

semble de ces fibres musculaires forme un double plan incliné se creusant vers la ligne médiane et soutenant les or-

ganes en contractant avec eux des adhérences à la manière d'une sangle contractile, quelque peu analogue aux mylo-hyoïdiens qui soutiennent le plancher buccal.

A l'état normal, le releveur par sa tonicité musculaire propre est à l'état de diaphragme contractile luttant en permanence contre le poids des organes placés au-dessus de lui. Mais ce diaphragme musculaire peut-être l'objet de lésions multiples et variées. Dans la constipation par exemple il aura à lutter contre les efforts réitérés que chaque selle provoquera et à la longue ses fibres rectales pourront s'affaiblir, s'allonger, perdre leur tonicité après avoir lutté avec succès pendant un temps plus ou moins long.

Dans le travail de l'accouchement, considérez la planche représentée (fig. VI); vous voyez ses différents ordres de faisceaux distendus fortement et surtout la portion vaginale dilatée par le passage de la tête fœtale. Mais dans ce travail de l'accouchement, naturel ou artificiel, il peut arriver que la résistance vitale du muscle soit irrémédiablement frappée et qu'à la distension, à l'élongation de ses fibres succèdent la paralysie ou de l'atrophie. Il peut arriver aussi que ces fibres se déchirent et alors le releveur ne peut plus soutenir, comme à l'état normal, la paroi postérieure du vagin et le col utérin.

Le dernier plan des résistances est fourni par le corps périnéal. Les muscles transverses, en forment pour ainsi dire la charpente principale.

Les deux sphincters, vulvaire et anal, constituent une sorte de bride antéro-postérieure perpendiculaire aux transverses; tout l'ensemble contribue à former une nouvelle sangle fermant les orifices et les maintenant à un niveau constant.

Il faut aussi remarquer que le corps périnéal, organe musculeux et contractile, est placé sur un plan plus antérieur que la paroi postérieure du vagin, il semble être son moyen d'appui, son plancher de résistance naturelle. En même temps, il consolide le rapport qui existe entre cette paroi postérieure et l'antérieure et contribue avec le releveur

vaginal à soutenir cette paroi ainsi que la vessie qui s'appuie sur elle. Que le corps périnéal soit déchiré, qu'il perde par conséquent ses qualités de sangle contractile, sa résistance en un mot, il cessera de soutenir efficacement les parois vaginales et les autres organes pelviens et une condition favorable au prolapsus sera constituée.

C'est ce que nous avons maintes fois constaté chez les malades présentant des cystocèles plus ou moins marquées ; le degré du prolapsus de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin était en raison directe de l'importance de la déchirure du corps périnéal.

En résumé nous pouvons dire en nous appuyant sur les notions anatomiques que nous venons de passer en revue ; les organes du petit bassin de la femme sont maintenus normalement en place par des plans musculaires et aponévrotiques, et ils contractent entre eux des adhérences qui rendent ces moyens de fixité plus intimes.

Le fonctionnement normal de tous ces moyens de fixité est régi par la contractilité musculaire de tous les organes fixateurs et la résistance passive des éléments fibreux des ligaments ou des aponévroses. Tous les moyens d'attache luttent contre le poids des organes et les empêchent de se déplacer dans les efforts habituels de la vie.

Mais qu'il survienne des causes de distension, d'affaiblissement, d'atrophie, de rupture totale ou partielle de tous ces moyens d'attache et de soutien les prolapsus seront constitués brusquement ou ils seront en imminence de se produire.

Les accouchements multiples, disent tous vos auteurs, sont la cause habituelle des prolapsus ; cette donnée est applicable seulement à ces cas dans lesquels la subinvolution de tous les organes distendus et hypertrophiés par la grossesse n'a pu s'accomplir régulièrement. Les ligaments, ronds et utéro-sacrés, les ligaments larges peuvent rester allongés et alors au lieu d'être à l'état de cordelettes mollement tendues ils ne sont plus que des replis

devenus flasques, et dénués de résistance. Les parois vaginales, elles aussi, ne sont point revenues sur elles-mêmes, les adhérences du col à la vessie et au rectum se sont relâchées et à partfr de ce moment les lésions ne feront que s'accroitre incessamment augmentées par les efforts habituels, ou les nouveaux accouchements qui peuvent survenir.

Quelques auteurs, Emmet en particulier, insistent longuement sur les troubles de vascularisation qui surviennent dans les organes pelviens sous l'influence des déplacements. D'après le gynécologiste américain, les nouveaux rapports imprimés aux organes font obstacle principalement à la circulation veineuse pelvienne, de là des stases vasculaires, des dilatations, des congestions passives qui augmentent encore les désordres et modifient la vitalité des organes. Ces phénomènes doivent avoir, nous l'admettons facilement, une certaine importance et expliqueraient les hémorrhagies fréquentes qui se rencontrent dans quelques cas, et aussi les processus hypertrophiques dont nous parlerons plus tard.

On a fait de nombreuses hypothèses sur le rôle des déchirures du releveur de l'anus, et du périnée dans le mécanisme du prolapsus. Hegar a écrit sur ce sujet un long et instructif chapitre; M. Budin insiste beaucoup sur les atrophies qui peuvent se produire du côté de ces plans musculaires.

Il y a un fait sur lequel ils n'insistent pas suffisamment et que je désire signaler à votre attention. Les ruptures musculaires, tant du périnée que du releveur de l'anus, peuvent se produire sous l'influence de l'accouchement normal ou instrumental sans qu'il y ait altération, déchirure de la peau ou des muqueuses qui recouvrent les plans musculaires. Un auteur américain, Skene (de New-York), a bien fait ressortir ce point de vue pathogénique. Dans un premier ordre de faits, les muscles du plancher périnéal, et surtout les transverses, sont déchirés tandis que la peau et la muqueuse de la fourchette sont intactes. Si alors on examine le périnée on voit qu'il tombe sous l'influence de l'effort et si on place un doigt dans le vagin, un autre dans le rectum, on ne trouve plus au-

cune résistance musculaire, aucune bride contractile. Nous avons constaté nettement cette disposition chez notre malade de 22 ans ; là elle devait tenir à une malformation congénitale (obs. II). Dans beaucoup de cas où la déchirure de la muqueuse ou de la peau ont été peu étendues, les transverses ont dû céder dans la profondeur et il n'existe plus qu'un semblant de périnée. Ceci montre en passant, que lorsque l'on veut réparer un périnée, même très peu déchiré, il faut toujours penser à la rupture des transverses et placer ses points de suture assez profondément pour être sûr de réunir le muscle dans la profondeur du corps périnéal.

Dans un second ordre de cas le releveur de l'anus et du vagin a été rupturé sous l'influence des tractions ou de l'application du forceps, il s'ensuit une perte complète de sa contractilité musculaire et le périnée tout entier peut s'abaisser avec les organes pelviens.

Skene admet encore que l'atrophie et la paralysie permanentes du releveur et des muscles périnéaux peuvent se montrer tardivement, assez longtemps même, après la parturition, dans ce cas c'est une sorte de paralysie musculaire post-traumatique comme on en observe dans d'autres organes. Il professe encore que ces pertes de contractilité musculaire peuvent être dues à un état inflammatoire du petit bassin.

J'ai insisté quelque peu sur ces données parce qu'elles semblent jeter un jour plus étendu sur un certain nombre de faits. Chez le malade de l'observation III, nous avons, par exemple, très nettement constaté l'amincissement extrême de la paroi recto-vaginale qui n'était plus constituée que par l'adossement des deux muqueuses. Dans ce cas il est probable que la portion vaginale du releveur avait cédé aux tractions du forceps qui avait été appliqué chez cette malade.

Sommes-nous en mesure de donner maintenant une interprétation du mécanisme pathogénique des prolapsus ? Je le crois, Messieurs, et nous pouvons adapter les données que nous donnent l'anatomie et la physiologie aux faits que nous

observons quotidiennement et dont nous avons rapporté plusieurs observations. L'explication semble devoir varier un peu suivant les cas.

Dans un très grand nombre où nous trouvons la mention de déchirure plus ou moins profonde du périnée il semble que les choses se passent de la façon suivante. La paroi postérieure du vagin n'étant plus soutenue par le corps périnéal descend peu à peu et prolabe entraînant ou non le rectum dans son déplacement; l'utérus est progressivement entraîné en arrière. il bascule pour ainsi dire autour de l'axe formé par les ligaments qui l'unissent au pubis, et se place en rétroversion, position très favorable à l'aggravation du prolapsus, mais il pourra rester dans cette position sans descendre davantage si les ligaments utéro-sacrés sont encore suffisamment puissants. La paroi antérieure du vagin cessant, elle aussi, d'être soutenue par la postérieure, tend à devenir progressivement saillante, et les ligaments antérieurs de la vessie se relâchent et de cette façon la cystocèle est constituée. Cette première catégorie de faits vous montre quelle est l'importance des déchirures périnéales dans la production des prolapsus. L'affaiblissement du plancher périnéal est fatalement suivi de la descente de la paroi vaginale. Et nous voyons cette descente se produire même quand le périnée n'est pas complètement déchiré. Ceci, Messieurs, doit vous graver dans l'esprit le précepte de toujours réparer les déchirures du périnée, si légères qu'elles soient, si vous voulez éviter à vos accouchées les inconvénients du prolapsus.

Cette réparation du périnée devra être précoce afin que les muscles ne soient pas encore atrophiés; la suture devra être assez profonde afin de bien réunir ces muscles et de ne pas faire seulement, comme on l'a fait très souvent, l'affrontement des parties superficielles. Dans tous les cas de prolapsus utéro-vaginal que nous avons relatés (obs. II, III, IV, V, VII,) tantôt les deux parois du vagin prolabent également (II, V, VII), tantôt la paroi postérieure présente une descente plus marquée et alors on observe nettement la rétro-

version (obs. III), quelquefois c'est la paroi antérieure dont la chute prédomine, et dans notre observation IV, il y avait en même temps de l'antéversion. Ces différences doivent évidemment tenir à la laxité, plus grande en certains points, des liens qui unissent les organes entre eux; et pour l'antéversion probablement à l'allongement plus marqué des ligaments utéro et vésico-pubiens.

Dans d'autres faits nous avons observé le prolapsus de la paroi vaginale seule avec cysto-rectocèle sans descente de l'utérus, Il faut admettre alors que les ligaments utéro-sacré et ronds, que les connexions du col utérin avec le releveur ont résisté suffisamment pour que l'organe de la gestation restât en place. Le plus souvent les deux parois du vagin descendent, ce qui est dû à l'allongement de leurs moyens d'union avec les organes voisins et à l'hypertrophie qui est résultée de l'arrêt de leur subinvolution après l'accouchement. Tantôt comme dans la première série, la paroi antérieure est plus atteinte et la cystocèle plus marquée (obs. I, VIII), d'autres fois c'est surtout la paroi postérieure, et la rectocèle prédomine (obs. VI).

On peut aussi voir un prolapsus partiel de la paroi vaginale, une cystocèle ou une rectocèle pures. Voici une observation de ce genre que nous devons à l'obligeance de M. le Dr G. Marchant.

Obs. IX. — *Cystocèle vaginale, utérus atrophié. — Intégrité absolue du plancher périnéal et de la cloison recto-vaginale.*

Mme X..., âgée de 51 ans, a eu trois enfants ou fausses-couches.

L'examen local permet de reconnaître que la vulve n'est pas déformée, qu'elle est ferme et résistante; et que le plancher périnéal a sa hauteur, sa résistance et son épaisseur normales. On voit à travers l'orifice vulvaire une tumeur ridée transversalement, du volume d'une mandarine, recouverte d'une muqueuse d'un rouge violet; la toux, la marche, la station verticale, les efforts la font saillir davantage. L'hystéromètre introduit dans la vessie doit être relevé fortement pour qu'il arrive au fond de la cavité. L'utérus

est un peu abaissé, et, fait singulier, l'hystéromètre ne donne qu trois centimètres de cavité utérine. Le toucher rectal montre en effet que l'utérus n'a que le volume d'une grosse noix.

Il semble que dans ce cas la cystocèle vaginale a ouvert la scène et entraîné un peu l'utérus.

Notre observation VII, cystocèle avec prolapsus léger et hypertrophie du col utérin, se rapproche un peu de la précédente. Mais je vous ferai observer que nous y trouvons un nouvel élément sur le rôle duquel je ne me suis pas encore expliqué, l'hypertrophie partielle de l'utérus.

En effet, tous les cas que nous avons étudiés jusqu'ici nous ont montré les prolapsus produits par des défauts de résistance des moyens d'attache des organes pelviens. Il est aussi des faits, qui ont pu causer des difficultés ou des erreurs d'interprétation, des faits de faux prolapsus, que je devrai étudier avec vous.

Mais à la fin de cette leçon vous voyez que nous sommes arrivés à un résultat sérieux. Vous comprenez facilement comment les prolapsus s'enchaînent, se combinent les uns aux autres. Vous comprenez pourquoi, sous l'influence de causes variées, nous pouvons observer des prolapsus limités à la paroi vaginale avec rectocèle et cystocèle, et aussi des prolapsus d'une partie seulement des parois vaginales. Nous avons encore des prolapsus utéro-vaginaux avec rectocèle et cystocèle, avec rétroversion le plus souvent, quelquefois anteversion. Enfin nous signalons les prolapsus avec hypertrophies qui seront ultérieurement l'objet de notre étude.

Un fait domine encore l'histoire de ces déplacements. A partir du moment où ils sont constitués, ils tendent perpétuellement à s'aggraver sous l'influence des efforts, des tiraillements que les organes exercent les uns sur les autres. Les malades sont condamnés à voir les désordres s'accentuer et finissent par devenir infirmes et incapables de tout travail et de tout effort. Je vous montrerai comment la chirurgie moderne peut leur donner un secours efficace, dans

quelle mesure elle peut reconstituer les moyens d'attache et de fixation des organes, devenus défectueux ; comment enfin elle peut leur procurer une restauration complète, et toujours leur apporter un soulagement notable.

---

## SEPT OBSERVATIONS D'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

### DONT UNE POUR CORPS FIBREUX ET SIX POUR CANCER

Par le Dr **S. Pozzi**, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

---

J'ai pratiqué six fois seulement l'hystérectomie vaginale pour cancer (1). Cinq malades ont guéri entièrement de l'opération, et, à l'exception d'une seule récidivée rapidement et morte au bout de cinq mois, toutes ont obtenu une survie très satisfaisante ; l'une opérée il y a deux ans et demi commence depuis trois mois seulement à présenter des signes de récidive. J'ai eu une mort, soit 16,6 pour cent dans cette petite série.

Si elle n'est pas plus longue, c'est que contrairement à beaucoup de mes collègues, je réserve l'extirpation totale aux cas où l'on peut réellement l'effectuer ; j'applique le traitement palliatif (curettage et cautérisation ignée) aux cancers propagés au vagin ou dont le peu de mobilité fait craindre l'envahissement des ligaments larges.

---

(1) Dans la thèse : *De l'antisepsie en gynécologie*, p. 71, *Paris*, 1888, un élève de Lourcine-Pascal, M. Loppé a réuni en une statistique d'ailleurs incomplète et inexacte en plus d'un point, des opérations faites non seulement par moi mais aussi par d'autres chirurgiens dans mon service. Tel est le cas de l'hystérectomie morte (par hémorrhagie) après l'emploi des pinces et de la prétendue hystérectomie morte de pneumonie *à frigore*, cas où la pneumonie a compliqué une autre opération. Ainsi s'expliquent les chiffres de *huit* hystérectomies avec *trois* décès qu'il a rapportés dans son travail, et qui ne représentent nullement le résultat de ma pratique.

J'ai fait une fois l'hystérectomie à la fois vaginale et abdominale, par le procédé Freund-Rydigier, pour un cancer très volumineux. La malade a succombé. Je ne suis pas éloigné de la conviction que cette opération doit être abandonnée, vu le peu de chance de guérison qu'elle présente, et je ne la pratiquerai plus vraisemblablement.

Quoique la première des observations qui suivent ne se rapporte pas à un cancer, je crois devoir la consigner ici à cause des hésitations du diagnostic et des lésions anatomiques qui offrent un certain intérêt.

*Hystérectomie vaginale pour corps fibreux* (1). — *Corps fibreux interstitiel avec hypertrophie considérable des parois de l'utérus. — Endométrite glandulaire hyperplastique. — Hystérectomie vaginale. — Mort.* — Rédigée d'après les notes de M. MULLOT, interne.

J... Louise, âgée de 47 ans, ouvrière en boutons, entre le 24 juin 1885, hôpital Pascal, salle A, lit n° 1.

Pas d'antécédents héréditaires : réglée à 11 ans 1/2. Un enfant à 17 ans. Il y a deux ans la malade remarqua une exagération considérable dans l'abondancs de ses règles : gros caillots sanguins. Depuis 15 mois les pertes sont presque continues. De temps à autre l'écoulement sanguin est remplacé pendant deux jours par des pertes séreuses et odorantes. L'utérus est augmenté de volume.

Douleurs vives dans le bas-ventre et les reins : insomnie.

L'affaiblissement est considérable : la malade offre depuis longtemps un aspect vraiment cachectique. Elle marche difficilement. Elle entre dans le service de M. Gallard, à l'Hôtel-Dieu, qui essaie vainement tous les moyens hémostatiques, et hésite entre un corps fibreux et un *cancer primitif du corps de l'utérus :* elle est transférée dans le service de M. Pozzi pour y subir l'hysté

(1) La pièce a été présentée à la Société de chirurgie le 10 février 1886 (*Bulletins*, t. XII, p. 119). Dans la discussion M. Guéniot la rapproche d'un cas analogue présenté par M. Tillaux en 1868. Dans sa thèse (De l'hystérectomie en France. Paris, 1886, p. 145). M. Gomet mentionne ce fait, mais l'examen anatomique n'était pas alors complet.

rectomie : vu le volume de l'utérus M. Gallard penche pour l'hystérectomie abdominale.

Voici l'état où on la trouva à son entrée à Pascal, le 24 juin 1886.

La malade est très anémiée. Teint jaunâtre. Souffle anémique à la base du cœur avec bruit dans les vaisseaux du cou. Essoufflement facile Respiration normale. Inappétence. Constipation habituelle. Envies fréquentes d'uriner. Urine normale.

La malade se plaint d'éprouver dans le bas-ventre une douleur plus marquée du côté gauche, et plus vive dans le décubitus dorsal que dans la position assise. Pertes séro-sanguines ayant une mauvaise odeur.

Au palper de l'abdomen, on sent une tumeur arrivant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic sur la ligne médiane, et un peu inclinée à gauche. Elle dépasse un peu le volume du poing. La pression est sensible à son niveau.

Au toucher, le col apparaît presque effacé, largement entr'ouvert, mais nullement fongueux. La surface externe du museau de tanche est saine. Les culs-de-sac sont libres. Le gauche est moins profond, et à son niveau il existe une petite bride reliant le vagin avec le museau de tanche. La cavité utérine est de 7 centimètres et paraît entièrement libre.

En combinant le palper abdominal avec le toucher, on sent que la tumeur est mobile dans le sens vertical comme dans le sens transversal.

Le toucher rectal, très douloureux, affirme encore la mobilité de l'utérus. Le cathéterisme utérin ne décèle rien d'anormal.

Dans les aines, surtout à droite, se trouvent de très petits ganglions mobiles ne paraissant avoir aucun caractère spécial. Les fosses iliaques paraissent libres de tout empâtement.

Au spéculum, le col est effacé, blanchâtre, sans ulcération.

On soumet la malade à un traitement tonique, à des injections vaginales très chaudes, à des injections hypodermiques d'ergotine. L'hémorrhagie continue et la cachexie croissante réclament une intervention immédiate ; le diagnostic hésite entre corps fibreux de petit volume ou cancer primitif du corps. L'hystérectomie est décidée. Vu la moindre gravité de la voie vaginale elle est adoptée quoiqu'elle fasse prévoir de grandes difficultés.

8 juillet. *Opération* avec l'assistance du Dr Bouilly. — L'utérus étant fortement attiré en bas avec des pinces tire-balles et des

pinces de Museux, une incision est faite au bistouri sur la muqueuse vaginale, au niveau de la face antérieure le col utérin. Puis la vessie est décollée et le péritoine ouvert.

Le cul-de-sac recto-vaginal est ouvert de la même façon et l'utérus libéré complètement de ses connexions avec le vagin; on ne peut alors le faire basculer.

Deux ligatures avec un fil de soie, sont ensuite appliquées sur le ligament large droit dont le bord supérieur a été atteint avec une aiguille mousse. Puis la section en est faite aux ciseaux au niveau de son insertion sur l'utérus.

Cela fait, M. Pozzi essaie encore en vain de faire basculer l'utérus pour l'amener au dehors. Le volume excessif de l'organe rend inutile ces tentatives.

M. Pozzi procède alors à la ligature et à la section du ligament large gauche, et ce n'est qu'après cette section que l'utérus est attiré directement au dehors avec beaucoup de difficultés.

Un gros drain est placé au fond du vagin dont l'ouverture est laissée béante. Tamponnement avec la gaze iodoformée.

La malade est couchée dans une chambre d'isolement. A son réveil, elle se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre et dans la région lombaire.

Quelques vomissements dans l'après-midi. Pouls petit. Grande faiblesse.

9 juillet, matin. Température, 37°,4. On enlève le tamponnement iodoformé et l'on fait avec grande douceur une injection tiède de solution à 1/2000 de sublimé dans le vagin. Cette manœuvre provoque des douleurs abdominales vives que calment une injection hypodermique de morphine et un lavement laudanisé. Champagne frappé, potion de Todd.

Le pouls reste petit toute la journée; vomissements répétés. Le soir, température 36°,9.

Le 10. Les vomissements ont continué pendant la nuit : le pouls s'est affaibli de plus en plus; sueurs profuses.

Mort à 10 heures et demie du matin.

A l'*autopsie*, on ne trouve à noter que des traces de pelvi-péritonite très localisée.

Il ne paraît pas que la péritonite limitée au voisinage de la plaie ait pu entraîner la mort qui semble devoir bien

plutôt être attribuée au *shock*, la malade, très affaiblie déjà, n'ayant pu supporter une opération laborieuse : le volume de l'utérus dépassait un peu celui du poing et l'on a dû l'extraire avec grandes peines.

Enfin, je considère comme regrettable l'injection antiseptique faible que j'ai poussée dans le vagin, le lendemain de l'opération. Actuellement je place au fond du cul-de-sac de Douglas, à un pouce de profondeur, une lanière de gaz iodoformée, et je tasse mollement tout autour, dans le vagin, des lanières semblables qui ne sont enlevées qu'au bout de 4 à 6 jours selon l'abondance du suintement, pour être encore renouvelées le huitième jour. On remplace ensuite ce tam-

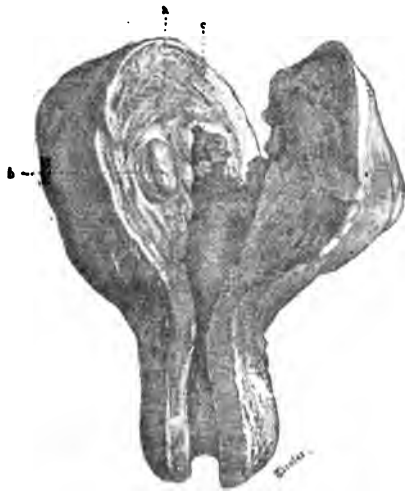


FIG. 1. — *Utérus enlevé par l'hystérectomie vaginale.* a. Tunique musculaire de l'utérus considérablement hypertrophiée. — b. Petit corps fibreux interstitiel. — c. Villosités d'endométrite glandulaire hyperplastique.

ponnement complet par un seul tampon de gaze iodoformée de la grosseur d'un œuf de pigeon qu'on met en place chaque jour après le nettoyage *vulvaire*.

Je ne permets les injections que vers le dixième jour. Il ne faut, en effet, jamais faire d'injections dans le vagin tant

que la plaie péritonéale est ouverte, et même lorsque la cicatrice est encore faible. L'injection par le tube à drainage a donné lieu à des accidents graves dans une observation de W. J. Sinclair (1). Son opérée dit-il « passa un mauvais quart d'heure ».

L'examen de la pièce (fig. 1) a démontré un corps fibreux du volume d'une amande enchâssé dans la paroi postérieure de l'utérus et très nettement distinct de cette paroi d'où on pouvait l'énucléer; une épaisseur encore considérable du tissu le séparait de la muqueuse. Tout le parenchyme utérin avait subi une hypertrophie qui avait plus que doublé son épaisseur; la consistance en était ferme, fibreuse.

La muqueuse du corps de l'utérus présentait vers le fond de l'organe un épaississement tomenteux analogue à celui qu'on rencontre dans l'endométrite fongueuse décrite par Olshausen, et que Von Campe et Wyder ont très fréquemment rencontrée dans les cas de fibromes utérins.

L'examen microscopique de ces villosités a été fait au laboratoire du Collège de France par M. Darier qui a bien voulu me remettre la note suivante :

Les coupes pratiquées sur un premier fragment ont montré qu'il s'agissait de végétations glandulaires; les glandes ont poussé des prolongements en tous sens, elles se sont dilatées et sont devenues flexueuses. On les trouve partout tapissées d'un épithélium à cils vibratiles à une seule couche; sur quelques rares points seulement cet épithélium paraît en voie de prolifération. Il s'agit donc de végétations semblables à celles décrites par M. de Sinéty dans la métrite chronique, et notamment de la première variété de M. de Sinéty.

Dans un second fragment dont l'aspect ressemblait beaucoup celui du premier, j'ai vu une prolifération considérable de l'épithélium qui tapissait des végétations glandulaires. Cette prolifération constitue en beaucoup de points des tubes pleins; ailleurs

(1) W. JAPP. SINCLAIR. On vaginal hysterectomy for cancer, with note of six cases (*The medical Chronicle*, février 1888).

l'épithélium proliféré forme des bourgeons qui pénètrent dans une cavité dilatée. On peut nettement constater que les cellules épithéliales qui remplissent les tubes pleins proviennent de la prolifération des cellules à cils vibratiles.

Les bourgeons épithéliaux pénètrent peu dans la profondeur mais dépassent cependant la limite de la muqueuse.

On voit en rapprochant cette description de celles de Von Campe et de Wyder qu'il s'agit là de lésions encore bénignes, établissant la transition d'une part entre la métrite glandulaire et l'adénome bénin, d'autre part entre l'adénome bénin et l'adénome malin. Ce qui est le plus caractéristique à ce dernier point de vue, c'est la formation de cylindres épithéliaux. Quant à la pénétration des tubes glandulaires dans l'épaisseur de la tunique musculaire, elle n'indique nullement un caractère malin du néoplasme : Von Campe et Wyder l'ont observée dans l'endométrite glandulaire et dans l'adénome polypeux (bénin) accompagnant des corps fibreux (1).

### HYSTÉRECTOMIES VAGINALES POUR CANCER DU COL

Obs. I. — *Épithélioma lobulé du col, très limité. — Hystérectomie vaginale. — Guérison. — Récidive après 2 ans* 1/2 (d'après les notes fournies obligeamment par le Dr Briand (2).

Mme Del.., 23 ans, institutrice, vient me consulter au mois de décembre 1885, de la part de mon excellent confrère et ami, le Dr Briand, médecin de l'Asile de Villejuif. Il y a deux mois qu'elle s'est plainte à lui d'une douleur abdominale remontant à son dernier accouchement, datant de quatorze mois; elle a eu six enfants. Elle souffrait surtout au moment des règles, avait des pertes fré-

(1) Von Campe. Zeitsch. f. Geb. und Gynäk. Bd. X. p. 356. 1884. — Wyder. Archiv für Gynäk., Bd. XXIX, p. 35. 1887.

(2) L'utérus de cette opérée a été présenté à la Société de chirurgie en même temps que celui de l'opérée précédente (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. XII, p. 145).

quentes, une leucorrhée fétide et continuelle et sentait diminuer ses forces. Teint pâle, mais non cachectique.

Au toucher et au spéculum on constate un champignon sanieux limité à la lèvre antérieure du col. Le doigt en fait facilement le tour, les culs-de-sac sont entièrement libres, l'utérus mobile.

La malade est soumise à un traitement médical basé sur les injections désinfectantes et l'emploi des toniques. Elle n'en retire aucun bénéfice appréciable et se soumet à l'opération.

Malgré la limitation exacte du mal, M. Pozzi préfère l'hystérectomie totale à l'amputation sus-vaginale du col. Il pense donner ainsi à la malade des chances plus grandes de survie.

*Opération* le jeudi 31 décembre 1885, à 9 heures du matin, avec l'assistance du Dr Briand. Décollement de la vessie, ouverture du cul-de-sac de Douglas, renversement de l'utérus, ligature des ligaments larges en trois faisceaux. Les ovaires s'étant montrés dans le champ opératoire, ils sont enlevés. L'opération est facile, vu la mobilité de l'utérus. Pas d'hémorrhagie notable.

On bourre le vagin de gaze iodoformée sans drainage et sans réunion de la plaie.

Le soir à 4 heures, M. le Dr Briand trouve le pansement imbibé de sang. La malade est affaiblie. Injection d'ergotine. L'hémorrhagie ne persiste pas. Nausées.

1er janv. 1886. On change le pansement et on retire des caillots.

On nettoie le vagin avec une injection phéniquée faible en prenant de grandes précautions pour que le liquide ne pénètre pas profondément. Les nausées persistent malgré la glace. La malade n'a pas rendu de gaz. Température 38°,5. Même pansement avec la gaze iodoformée.

Les jours suivants, le pansement est renouvelé deux fois par jour et ressort toujours souillé de sang noirâtre et légèrement odorant; il y a eu évidemment accumulation de caillots dans le cul-de-sac de Douglas et ils s'éliminent peu à peu. Pouls entre 38 et 38°,5. Ballonnement du ventre. Quelques vomissements. On maintient de la glace sur le ventre.

Le 4. On donne un lavement qui procure une abondante selle.

Le 8. Il se fait un petit écoulement purulent au moment du pansement, comme si un abcès s'était vidé.

Le soir amélioration. Le lendemain 9, la malade prend pour la première fois des aliments solides.

Le 10. Il se montre un peu de diarrhée fétide. La température devient normale à partir de ce jour-là et la convalescence marche rapidement. On renouvelle toutefois chaque jour la gaze intravaginale qui est toujours souillée d'un peu de pus jusqu'au 15 janvier.

La malade était complètement guérie à la fin du mois.

L'examen histologique fait par M. Malassez au Collège de France a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma lobulé. L'altération était exactement limitée au museau de tanche.

L'opérée a été revue plusieurs fois depuis. Sa santé était devenue florissante, elle avait repris de l'embonpoint et vaquait à ses occupations sans fatigue aucune. Depuis trois mois seulement elle a commencé à ressentir de vives douleurs dans le ventre et sa santé générale s'est altérée. Je l'ai revue et j'ai constaté la présence au fond du vagin d'un bourgeon cancéreux. Quoi qu'il en soit, elle aura dû deux ans et demi environ de santé à l'opération.

Ce cas me paraît être un exemple frappant du bénéfice qu'on peut attendre d'une opération radicale, faite dès le début.

La guérison a, il est vrai, été traversée par des accidents dus à une hémorrhagie secondaire et à la formation de caillots dans le cul-de-sac de Douglas.

C'était ma première hystérectomie, et je crois que, grâce au perfectionnement de ma technique, je serais maintenant à l'abri d'un pareil événement. Une exacte antisepsie dans les pansements répétés faits par le Dr Briand a empêché qu'il n'eût des conséquences graves.

Obs. II (1).— *Épithélioma lobulé du col.—Hystérectomie vaginale.* — *Guérison* (observ. recueillie par M. Lamotte, interne).

Leg..., Estelle (femme Guib...), blanchisseuse, entre le 8 juin 1887 à l'hôpital Pascal. 53 ans.

(1) Les observations II, III, IV et V ont été publiées *en résumé* dans la thèse de mon frère Adrien Pozzi : *Le traitement du cancer de l'utérus.* Paris, 1888.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, ménopause à 50 ans.

Deux enfants. Accouchements faciles. Présentation du sommet. La malade fait remonter à 7 mois le début de la maladie. A cette époque elle a été prise de douleurs dans le ventre. Ces douleurs se montraient constamment aussi intenses le jour que la nuit. La malade les compare à des élancements qui partent du ventre et s'irradient dans les cuisses et dans la région lombaire. Il y a deux mois la malade qui n'est plus réglée depuis 2 ans a eu une perte en rouge abondante qu'elle met sur le compte d'un traumatisme léger. C'est la seule fois qu'elle ait eu une hémorrhagie notable.

Il n'y a pas d'écoulement fétide. L'urine est normale. Constipation habituelle.

L'état général est satisfaisant. La malade n'a pas maigri, elle commence cependant a avoir moins d'appétit et a du dégoût pour la viande.

*Examen :* Au toucher on trouve un col volumineux entr'ouvert. L'orifice du col est entouré de mamelons durs, ligneux, de grosseur variable, et l'orifice est le siège d'une ulcération encore peu étendue à bords déchiquetés, jaunâtres ; le col est diminué de longueur.

L'utérus est mobile. il ne paraît pas sensiblement augmenté de volume.

Le toucher rectal ne laisse rien constater de plus.

*Opération* le 23 juin 1887. — L'opération est rendue assez laborieuse par la difficulté qu'on éprouve à abaisser l'utérus dans un vagin assez étroit. Ligatures successives. Drainage avec une mèche iodoformée.

La tumeur était un épithélioma lobulé.

Les suites furent très simples. La malade n'eut pas de fièvre, pas d'hémorrhagies.

Elle s'est levée le 15e jour après l'opération. La plaie vaginale était alors bien fermée et cicatrisée ; il restait un fil qui a été enlevé. Nous avons revu la malade quatre mois après l'opération. La cicatrice vaginale est souple. Cependant la malade se plaint de douleurs dans les reins et dans les jambes qui la gênent pour marcher malgré sa ceinture.

C'est la première fois que j'ai employé le procédé de

Martin (ligatures progressives). La récidive s'est produite au bout de huit mois, et la malade est morte un an après l'opération, au mois de juin dernier.

Obs. III. — *Épithélioma lobulé du col. — Hystérectomie vaginale. — Mort par shock* (recueillie par M. Lamotte, interne).

Bourq... Clémence, 47 ans, entre à l'hôpital Pascal le 15 juin 1887. Rien dans les antécédents héréditaires.

Réglée à l'âge de 15 ans. A toujours été bien réglée. Elle l'est encore actuellement. Deux enfants. Accouchements faciles en présentation du sommet. Deux fausses couches. Cette femme fait remonter à un an le début de sa maladie, époque à laquelle elle a commencé à souffrir de douleurs du ventre. Ces douleurs partaient de la région hypogastrique pour s'irradier dans les lombes et les cuisses.

Depuis 5 mois la malade perd de l'eau rousse qui a une odeur très fétide. Elle n'a encore jamais eu d'hémorrhagies en dehors de ses règles, mais pendant ses règles elle perd en très grande abondance.

Depuis un mois surtout la malade a maigri, elle n'a plus d'appétit.

Au toucher, on trouve le col de l'utérus très augmenté de volume, il est irrégulier, présente des bosselures dures, ligneuses. Une de ces bosselures située sur le côté gauche du col est violacée, les autres présentent une coloration peu différente de celle de la muqueuse du col. Le col tout entier est pris.

L'utérus est mobile, les culs de sac libres; l'antérieur est effacé par la saillie du col.

Par le toucher rectal, on constate une augmentation considérable du volume de l'utérus.

Rien de particulier dans les urines qui sont en quantité normale.

*Opération*, le 20 juin 1887. — Elle est rendue laborieuse par le volume de l'utérus qu'on renverse difficilement; le col est très friable; l'extension du mal paraît s'être accusée surtout en avant; on doit prendre de grandes précautions en décollant la vessie.

L'utérus est enlevé en faisant des ligatures successives; deux points de suture rétrécissent ensuite l'ouverture vaginale. Une bande iodoformée est placée à un pouce de profondeur dans le cul-

de-sac de Douglas; le vagin est rempli de gaze iodoformée. L'opération a duré près d'une heure et demie. La malade présentait de l'hypothermie, le pouls très faible. On l'enveloppe dans des linges chauds, et on lui fait prendre du café et du rhum.

Elle se relève un peu de cet état de dépression, mais vers le soir, elle est prise d'accès de suffocation, la figure se congestionne, la malade se soulève dans son lit éprouvant une difficulté extrême à respirer. Après cet accès de suffocation qui dure quelques instants, elle retombe dans l'état d'adynamie où elle était immédiatement après l'opération.

Les accès de suffocation se reproduisent la nuit et le lendemain, la malade meurt dans la journée.

Elle avait eu 5 ou 6 accès de suffocation. Sondée régulièrement de 5 heures en 5 heures, l'opérée a rendu des urines claires qui, examinées de nouveau, ne présentaient rien de particulier.

*Autopsie.* — A l'ouverture de la cavité abdominale on constate que le grand épiploon est tendu à la surface de l'intestin et vient plonger dans l'excavation du petit bassin par son bord libre. A ce niveau il existe des traces manifestes de péritonite localisée qui a soudé l'épiploon aux anses intestinales. A la surface il y a une certaine quantité de liquide.

La vessie est enlevée avec les uretères et les reins. En disséquant les uretères on s'aperçoit que celui du côté gauche a été sectionné.

La section est nette. Aucune perte de substance. Les deux bouts sont à peine distants l'un de l'autre d'un centimètre 1/2 à deux centimètres. Celui du côté droit est intact.

La vessie ne présente rien de particulier.

Les reins sont profondément altérés. Leur volume est peu diminué, mais la capsule est adhérente sur une grande partie de son étendue. La substance corticale diminuée de volume présente une couleur jaune clair de dégénérescence graisseuse. Les pyramides sont également en dégénérescence graisseuse, leur tissu est pâle, jaunâtre. Les bassinets sont dilatés. Le foie est gros et très gras, les lobules ne sont pas distincts. La vésicule biliaire est remplie de bile; pas de calculs.

Pancréas normal. Estomac sain.

Le cœur est normal, son tissu présente la coloration ordinaire, pas de myocardite scléreuse, ni de dégénérescence graisseuse apparente. Les valvules du cœur gauche et du cœur droit sont intac-

tes. Les 2 cavités sont remplies de caillots cruoriques ; l'un d'eux situé sur la valvule tricuspide est fibrineux et adhérent.

La malade est morte en diastole.

L'aorte ne présente pas de plaques d'athérome. Les poumons offrent à leur surface, sur le lobe supérieur, un assez grand nombre de granulations grises. Le poumon gauche est soudé à son sommet par une pleurésie tuberculeuse ancienne très limitée, pas d'excavations, rien de particulier aux bases.

Pas d'embolies pulmonaires ni à droite ni à gauche. Le cerveau a été enlevé, il ne présente rien de particulier à sa surface.

On pourrait dire que la malade a succombé au *shock*, mais cette expression vague a besoin elle-même d'être expliquée et analysée.

Il y a ici, je crois, à considérer des causes de 2 ordres : 1° Longue durée de l'anesthésie, permettant la formation des caillots dans le cœur (un de ceux trouvés sur la valvule, était fibrineux et adhérent, les cavités étaient pleines de caillots) et amenant de grands troubles dans la circulation cérébrale et pulmonaire.

2° Troubles profonds dans la sécrétion rénale indiqués par la grande altération des reins et subitement aggravés par le fait de l'opération. Cette altération ne s'est pas manifestée à la vérité par de l'albuminurie, mais elle avait cependant dû supprimer plus ou moins complètement l'action dépurative du filtre rénal ; l'analyse quantitative des matériaux solides de l'urine fournirait en pareil cas de précieuses données. — Les accès de dyspnée auxquels a succombé la malade reproduisent le type de certaines urémies à forme dyspnéique.

L'action prolongée du chloroforme donnant lieu à l'absorption d'une dose difficilement éliminée, exerce sans doute une action funeste dans ces cas où les fonctions du rein sont depuis longtemps entravées. Au point de vue du résultat la longueur de l'opération a donc joué un rôle capital. Quant à la lésion de l'uretère, c'est un accident assurément très fâcheux, mais rendu difficile à éviter par la propagation du mal en avant. Elle n'est entrée pour rien assurément

dans l'issue fatale ; si la malade eût guéri, il se fût constitué une fistule qui aurait donné lieu à des indications spéciales, ainsi que celà s'est déjà présenté (Jules Bœckel, etc.).

Ce fait montre combien le volume exagéré de l'utérus et les difficultés qui en résultent, ainsi que les lésions rénales, aggravent le pronostic de l'opération.

Obs. IV. — *Épithélioma tubulé du col. — Hystérectomie vaginale. — Guérison ; récidive rapide* (observ. recueillie par M. Lamotte, interne).

Louise Schm..., de Châteaudun, cantinière, 38 ans ; entre le 20 septembre 1887 à l'hôpital Pascal.

Réglée à l'âge de 15 ans, toujours régulièrement.

Un seul enfant, grossesse bonne. Accouchement facile en présentation du sommet.

Pas de fausses couches. Pas d'antécédents cancéreux dans sa famille. Mère âgée de 76 ans, vivante et bien portante, Père mort à 80 ans d'hémorrhagie cérébrale.

Il y a seulement 5 mois que la malade s'est aperçue qu'elle était malade. Le début de la maladie a été marqué par des pertes blanches, abondantes, sans odeur, dit la malade, puis presque en même temps des douleurs dans le ventre irradiées dans les cuisses, des douleurs aussi dans la région lombaire que la malade compare à des tiraillements.

Elle a maigri un peu depuis le début de la maladie, mais elle a cependant conservé toutes les apparences d'une bonne santé, et rien ne ferait soupçonner l'existence de sa maladie.

Il y a un mois 1/2 elle a eu deux hémorrhagies assez abondantes, ce sont les deux seules fois qu'elle ait perdu du sang en dehors de ses règles.

A l'examen on constate les lésions suivantes :

Le col très diminué de longueur est entr'ouvert ; la première phalange de l'index pénètre facilement dans sa cavité, et permet d'apprécier la consistance dure, ligneuse et en même temps les bosselures de la face interne.

Les bords de l'orifice sont irréguliers, ils sont le siège de saillies mamelonnées. En examinant au spéculum on voit que la face in-

terne du col est le siège d'une ulcération, limitée par le bourrelet irrégulier que nous venons de signaler. Les parois vaginales ne sont pas envahies, mais l'ulcération arrive jusqu'au cul-de-sac postérieur.

L'utérus est mobile, on peut lui imprimer des mouvements en cherchant à déplacer le col.

*Opération :* le 23 septembre 1887.

Les lèvres du col sont saisies avec des pinces de Muzeux et des pinces tire-balles. On a beaucoup de peine à maintenir l'utérus, le tissu se déchirant à chaque instant, au niveau des pinces. Ligatures progressives (procédé de Martin). Drainage et pansement à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent très simples. La malade n'eut pas de fièvre un seul instant. Quinze jours après l'opération la malade se levait.

Elle retourna dans son pays ; là une récidive rapide se produisit, et elle mourut au bout de 5 mois.

(Il faut noter que ce cancer a eu dès le début une marche *galopante*.)

L'examen microscopique fait au laboratoire du professeur Cornil par M. Guinon a montré qu'il s'agissait d'un *épithélioma tubulé*. Voici la note qui m'a été remise à ce sujet : « Les cellules sont volumineuses, quelques-unes avec deux et trois noyaux, généralement elles conservent dans les tubes leur forme large et aplatie ; mais en deux ou trois points, nous avons noté, à la périphérie des noyaux, une disposition en couches aplaties, les cellules s'allongeant notablement. Sur la plus grande partie de ses limites l'épithélioma gagne irrégulièrement ; précédé partout d'une zone inflammatoire. Une artère nous a paru contenir un amas de cellules très déformées qui constituaient vraisemblablement une embolie. Une seule glande sur les parties examinées commence à être envahie par le néoplasme. Les fragments qui nous ont été remis offrent du côté du corps de l'utérus une épaisse bande de tissu sain. De ce côté donc la totalité du néoplasme me paraît avoir été enlevée ».

J'ai cru utile de reproduire cette note histologique ; il est important de connaître à quelles lésions se rapportent ces cas de cancer à marche véritablement *galopante* comme celui-ci. Si l'on considère en effet que les premiers symptômes s'étaient

prononcés seulement cinq mois avant l'opération et que la mort est survenue cinq mois après celle-ci, on voit que l'évolution fatale du néoplasme s'est faite en moins d'un an. L'opération quelque complète qu'elle eût paru être, n'a pu donner aucun répit, aucune survie. M. Tillaux a cité un cas analogue devant la Société de chirurgie. Ce sont là assurément des faits exceptionnels, et ils ne doivent pas décourager le chirurgien tout en lui apprenant à réserver son pronostic.

Obs. V. — *Épithélioma du col de l'utérus compliqué de kyste de l'ovaire. — Hystérectomie vaginale. — Élimination spontanée du kyste après suppuration. — Guérison* (observ. recueillie par M. Lamotte, interne).

Lag..., domestique, 34 ans, entre le 16 novembre 1887, à l'hôpital Pascal.

Réglée à l'âge de 15 ans. Deux enfants. Pas d'antécédents de famille.

La malade fait remonter à 5 mois le début de sa maladie.

L'affection a été marquée au début par des pertes blanches abondantes avec douleurs qui partent de la région hypogastrique et s'irradient dans les cuisses et dans la région lombaire. Depuis un mois environ il y a des pertes qui durent plusieurs jours. La malade aurait maigri, dit-elle, cependant elle conserve toutes les apparences d'une bonne santé.

Au toucher on constate l'existence d'une ulcération qui s'enfonce profondément sous le col, et dont les bords renversés s'arrêtent sur les lèvres du col. Les culs-de-sacs sont dépressibles et les ligaments larges paraissent sains. En pratiquant la palpation bi-manuelle, on constate en outre l'existence d'une tumeur régulière lisse fluctuante dont le volume dépasse celui des deux poings, et qui présente tous les caractères des kystes de l'ovaire. En présence de cette complication M. Pozzi décide de faire l'hystérectomie vaginale, puis d'enlever plus tard le kyste par la laparotomie.

*Opération.* — L'hystérectomie est pratiquée le 28 novembre par le procédé des ligatures progressives,

On a les plus grandes difficultés à abaisser l'utérus, non pas

parce qu'il est adhérent, mais parce qu'à chaque instant le col se brise sous la traction des pinces. On réussit cependant à lier un des ligaments larges (le gauche) puis l'autre, et à enlever l'utérus qui n'est plus alors représenté que par une calotte du tissu utérin à moitié envahi par le cancer. Après l'ablation du corps de l'utérus, la trompe du côté droit vient tomber dans le vagin par l'orifice de la plaie. La trompe est saisie et coupée entre deux ligatures.

La plaie est alors diminuée par deux sutures de catgut, une mèche est placée dans le cul de-sac de Douglas et le vagin est rempli de gaze iodoformée.

La malade n'eut pas de fièvre et tout paraissait terminé quand le 15e jour après l'opération on vint prévenir l'interne que la malade avait un écoulement purulent très abondant qui se faisait par le vagin.

On examine au spéculum et on voit que l'orifice de la plaie est ouvert sur une petite étendue, et que du pus verdâtre, mal lié, s'écoule en abondance par cet orifice entraînant des fragments de tissu conjonctif mortifiés. On constate en même temps, que le kyste a disparu ou tout au moins que la palpation ne permet plus d'apprécier l'existence de la tumeur que nous avons signalée. On en conclut que le kyste s'est enflammé, a suppuré, et s'est vidé par la plaie vaginale.

On fait des lavages à l'eau phéniquée par l'orifice qui existe au fond du vagin, à l'aide d'un tube en caoutchouc qui pénètre profondément dans une cavité où il se meut librement.

Le lendemain on retire encore des fragments de tissu conjonctif mortifié, et le surlendemain la poche kystique toute entière est retirée avec des pinces sans qu'il soit nécessaire de faire des tractions énergiques. On introduisit dans la cavité une lanière de gaze iodoformée qui est changée tous les jours en même temps que l'on fait des lavages détersifs. La suppuration diminue rapidement, la température reste normale et la cavité se referme bientôt.

La malade sort de l'hôpital le 19 janvier 1888 en parfait état. Je l'ai revue au mois de juin dernier ; elle se portait bien.

Il est très remarquable de voir comment une cavité kystique assez étendue à pu suppurer sans provoquer aucune réaction générale. Ce mode de guérison spontanée avait déjà

été observé, mais je n'en connais pas d'exemple dans des circonstances analogues.

On voit que j'avais fait d'abord l'hystérectomie, réservant pour plus tard l'ovariotomie. Je crois cette conduite plus prudente que celle de Robert Asch (1) qui récemment a fait dans une même séance ces deux opérations. Son observation vaut qu'on la résume : La malade ne guérit qu'après un accident grave, la déhiscence de la paroi abdominale au huitième jour. Les intestins s'échappèrent hors du bandage et séjournèrent deux heures sur les cuisses. Nettoyage des anses avec des compresses phéniquées, réintégration des viscères; nouvelle suture. Guérison.

La déhiscence est attribuée uniquement par Asch à l'indocilité de la malade qui s'est assise sur son lit après l'ablation des sutures. Sans nier l'influence de cet effort, il est permis de se demander si la bonne réunion de la plaie abdominale n'avait pas été compromise par les conditions spéciales créées par l hystérectomie simultanée. A l'ouverture du ventre l'auteur avait remarqué *qu'il y avait des bulles d'air dans le péritoine.*

Obs. VI (2). — *Épithélioma du col de l'utérus compliqué de corps fibreux sous-péritonéal. — Hystérectomie vaginale. — Guérison* (observation recueillie par M. Bourges, interne).

La nommée D..., âgée de 50 ans, sans profession, entre le 17 avril 1888 à l'hôpital Pascal, dans le service de M. Pozzi, chambre d'isolement n° 2. Une de ses tantes est morte d'un cancer du sein. Elle-même a été réglée à partir de l'âge de 13 ans, toujours régulièrement, sauf des retards de quelques jours. Les règles, assez peu abondantes, jamais douloureuses, n'ont pas été modifiées pen-

(1) Robert Asch. Vaginale Total extirpation des Uterus und Ovariotomie in einer Sitzung ; secundare Dehiscens der Bauchdecken. Heilung (*Centralblatt für Gynäk.*, 1887, n° 27).

(2) Cette observation a été publiée dans la *Gazette médicale de Paris* du 7 juillet 1888.

dant le mariage. La malade est arrivée à la ménopause en juin 1886. Un an plus tard, elle a souffert pendant quatre mois de coliques néphrétiques et a rendu des graviers dans ses urines.

Elle a eu 9 enfants, dont 3 seulement vivent encore. A part une seule remontant à une vingtaine d'années, toutes ses grossesses sont arrivées à terme. La dernière couche date de 13 ans. Les grossesses se sont toujours bien passées, sauf une, qui a été compliquée de *placenta prævia;* mais les accouchements, toujours laborieux, ont nécessité à deux reprises des applications de forceps. Elle n'a jamais eu de suites de couches pathologiques; elle n'a pas allaité ses enfants.

C'est au commencement de l'année 1885 que la malade, qui avait toujours été bien portante jusque-là, s'aperçut que ses règles revenaient toutes les trois semaines et étaient plus abondantes que de coutume. Elle ressentait en même temps de la pesanteur dans le bas-ventre, mais elle n'avait pas encore de leucorrhée.

Au commencement de mars 1886, elle a commencé à perdre du sang à peu près continuellement; ces métrorrhagies se sont prolongées environ pendant trois mois, malgré l'emploi de la glace et du perchlorure de fer.

A partir du mois de juin 1886, la malade n'a plus eu de métrorrhagie ni de perte d'aucune sorte et a cessé d'avoir ses règles; mais elle a continué à éprouver dans le bas-ventre une légère pesanteur, qui la gênait dans la marche.

Au mois de janvier 1888, il s'est établi une leucorrhée presque continuelle, qui persiste encore. Elle est tantôt blanche, tantôt roussâtre, sans odeur fétide, tellement abondante qu'elle oblige la malade à se garnir. En même temps les douleurs sont devenues très vives; elles ne sont plus seulement localisées au bas-ventre, mais encore s'irradient du côté du rectum, des reins, des fosses iliaques, des cuisses, particulièrement à gauche. Envies d'uriner fréquentes, constipation habituelle, tels sont les seuls troubles fonctionnels à relever du côté des autres organes.

L'état général de la malade est excellent; les téguments ne présentent pas de coloration anormale; l'appétit est parfaitement conservé.

Au toucher vaginal, on constate que le col de l'utérus a presque complètement disparu. Il est remplacé par une surface lisse, irrégulière à sa face interne (rétraction du col de l'utérus analogue à

la rétraction du mamelon dans le cancer du sein). Une ulcération anfractueuse occupe toute la commissure gauche, empiète sur la cavité cervicale et va jusqu'à la limite du cul-de-sac. Le vagin n'est pas envahi et les culs-de-sac paraissent libres, quoique celui de gauche soit notablement moins profond. L'utérus est mobile. L'exploration amène un fort écoulement de sang.

Au spéculum, on voit que l'altération siège principalement sur la commissure gauche et la lèvre postérieure. Elle est constituée par des végétations saignantes occupant une anfractuosité qui atteint le cul-de-sac latéral gauche. La moitié gauche de la lèvre postérieure est aussi détruite. La moitié droite, ainsi que la lèvre antérieure, ne sont pas ulcérées, mais présentent un aspect couperosé et comme ecchymotique.

Le cathétérisme utérin donne 7 centim.

En écartant les deux lèvres du col, on voit que l'ulcération se prolonge profondément.

La lèvre antérieure, saisie avec la pince érigne, permet de constater la mobilité de l'utérus.

*Hystérectomie vaginale*, le 19 avril.— Anesthésie par le chloroforme. Les précautions antiseptiques habituelles ayant été prises, la région péri-vulvaire soigneusement rasée, le vagin rigoureusement désinfecté, la malade est placée dans la position dorso-sacrée.

Le col utérin, saisi avec la pince de Muzeux, est abaissé et ainsi maintenu par l'un des aides qui est en même temps chargé de l'irrigation continue (solution phéniquée a 10/1000).

Après incision du cul-de-sac postérieur, on constate que le cul-de-sac de Douglas, maintenu très élevé par des adhérences, n'est pas facilement accessible. M. Pozzi renonce donc à suturer les parois vaginales au péritoine, comme il le fait habituellement; il se contente de placer sur la tranche vaginale une série de points de suture comme moyen hémostatique. On embrasse ensuite avec une suture le plancher pelvien à la base de chaque ligament large pour lier les branches inférieures des artères utérines.

L'utérus est détaché latéralement de ses insertions vaginales, puis le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé et la vessie décollée, jusqu'au moment où apparaît le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, qu'on respecte.

Les ligaments larges sont détachés par sections et ligatures successives (3 ligatures de chaque côté).

Auparavant, on avait essayé de faire basculer l'utérus en rétroflexion forcée, et c'est alors qu'on s'aperçoit que le fond de l'utérus est surmonté d'un corps fibreux sous-péritonéal, étroitement pédiculé, du volume d'une grosse mandarine. Cette complication rend ce temps de l'opération laborieux, et ce n'est qu'après section complète d'un ligament large qu'on arrive à renverser l'utérus.

La cavité vaginale, soigneusement lavée, est tamponnée à l'aide de lanières de gaze iodoformée. On place, pour les distinguer, un fil de soie à l'extrémité des deux lanières les plus profondes qui doivent rester à demeure un certain temps, et qui plongent dans le cul-de-sac de Douglas.

Durée de l'opération : une heure trois quarts.

*Examen des pièces.* — En fendant l'utérus suivant sa longueur, on voit que le cancer paraît rigoureusement limité au col, dont il a surtout envahi la muqueuse. (L'examen microscopique a montré que c'était un épithelioma lobulé.)

La tumeur qui surmonte le fond de l'utérus présente bien à la coupe la consistance et l'aspect des fibro-myômes.

*Les suites de l'opération* ont été des plus simples.

L'état général est toujours resté excellent.

La température n'a dépassé 37°,6 que le soir du 23 avril, où elle est montée à 38°,2.

La malade a eu le premier jour quelques vomissements dus au chloroforme ; mais, dans la suite, elle n'a présenté aucun trouble fonctionnel, sinon des douleurs vésicales assez vives provoquées par un retour de sa gravelle et accompagnée de rejet de graviers.

Le 22 avril, on remplace les lanières de gaze iodoformée intravaginales, sans toucher aux plus profondes, qui restent à demeure jusqu'au 25 avril, époque à laquelle elles sont enlevées et remplacées à leur tour. On commence, le neuvième jour, à faire des lavages vaginaux quotidiens.

La malade quitte le service vers le milieu du mois de mai, parfaitement rétablie, mais encore tourmentée par sa gravelle. Elle a été revue, au mois de juillet, en bon état.

---

# OPÉRATION CÉSARIENNE

## SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT [1]

Par le Dr **Delassus** (de Lille).

Quatre mois après l'opération, la femme est bien portante. A certains jours, elle éprouve quelques douleurs sourdes dans le ventre. Couturière de sa profession, elle fatigue beaucoup. Ses règles n'ont pas encore réapparu. Il ne serait pas impossible qu'elle fût de nouveau enceinte. Elle l'est devenue en 1888 (voir plus loin).

Telle est la relation de ce cas heureux. Voyons maintenant l'histoire pathologique de cette femme ; les raisons qui nous ont amené à faire d'emblée la section césarienne, et enfin faisons ressortir les particularités que ce fait, comme tout autre, emporte avec lui.

### *Histoire pathologique.*

Cette femme a 39 ans et, à part son infirmité, jouit d'une bonne santé habituelle. On lui a toujours dit qu'elle avait marché à l'âge de 9 mois, comme une enfant précoce. Mais les renseignements qu'elle possède sur l'origine de ses déformations n'ont aucune valeur. Ce serait un bain trop chaud qui aurait amené un ramollissement général (?).

Mais elle sait fort bien que depuis lors elle n'a pas marché et ne s'est jamais servi de ses jambes qui sont absolument inertes. Jamais de douleurs.

Depuis l'âge de 13 ans, elle est parfaitement réglée. Elle exerce la profession de couturière où elle est très habile. Caractère nerveux, intelligence vive.

Mariée en 1885, elle devient enceinte. Sa grossesse a été

(1) Voir les *Annales de gynécologie*, août 1888.

normale, sans aucun incident, et se trouvait à terme, au moment où je la vois.

*Description.* — La tête, les membres supérieurs, le buste sont bien conformés — *mulier formosa supernè.* — Toutes les déformations sont localisées dans la région lombaire et le bassin. Nous y reviendrons.

Les membres inférieurs sont réduits au squelette recouvert des téguments et de quelques vestiges de muscles. La peau de la plante du pied est lisse.

Le bassin a subi un double mouvement de bascule en avant et d'inclinaison à gauche.

Le sacrum et la dernière vertèbre lombaire se sont relevés, par leur partie inférieure, en haut et en arrière. Leur face postérieure est devenue supérieure et forme avec la colonne vertébrale un angle droit.

Il s'ensuit que l'anus regarde directement en arrière, presque en haut, et l'orifice vulvaire en arrière et en bas (fig. 1).

La crête épinière accuse un autre angle presque droit aussi, ouvert à droite et mesurant l'inclinaison latérale du bassin et la déviation vertébrale (fig. 2).

Les figures 3, 4, 5, 6, nous donnent le tracé de ces déviations.

Du fait de cette inclinaison, la partie inférieure du tronc vient toucher le cercle iliaque droit et la profondeur du sinus se juge bien sur le dessin de la femme vue de dos, fig. 2. et le profil de droite, fig. 3. Le squelette des membres inférieurs ne présente aucune trace de rachitisme.

Le toucher vaginal fait constater l'étroitesse très marquée du canal vaginal. Se dirigeant d'avant en arrière, le doigt rencontre bientôt la paroi osseuse, et l'exploration du petit bassin donne les renseignements suivants :

Le promontoire est fortement déjeté sur la gauche et presque impossible à atteindre.

La partie osseuse directement rencontrée est la région de l'aileron du sacrum ; et, du pubis à ce point, on mesure 7 c.,

ce qui, défalcation faite de 1 c. à 1 c. 1/2, nous donnerait 5 1/2 à 6 centim.

La face intérieure du pubis présente une exostose, une saillie assez prononcée dont il faut tenir grand compte

FIG. 1.

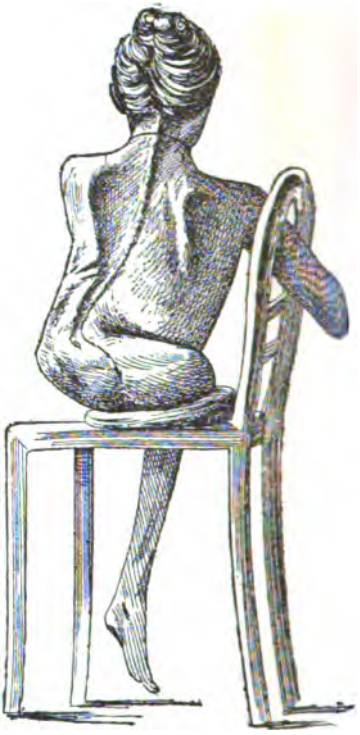


FIG. 2.

pour ramener les mensurations extérieures à leur valeur exacte.

En partant de la branche droite du pubis, le doigt peut facilement sentir cette branche, la région obturatrice, l'épine sciatique, l'échancrure, le bord droit du sacrum, la face an-

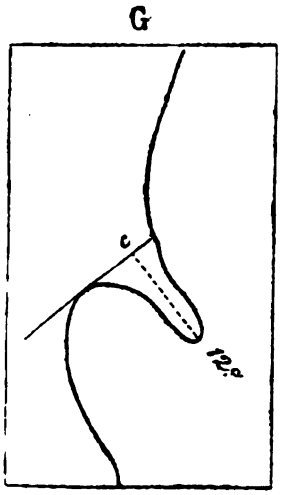



FIG. 3.

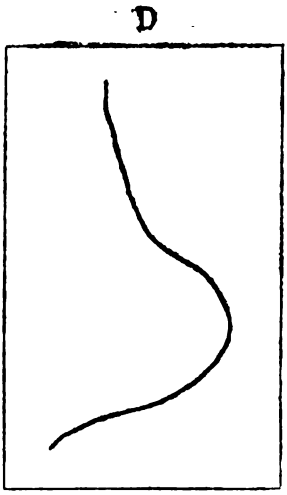



FIG. 4.

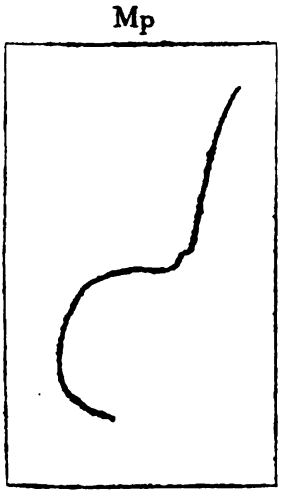



FIG. 5.

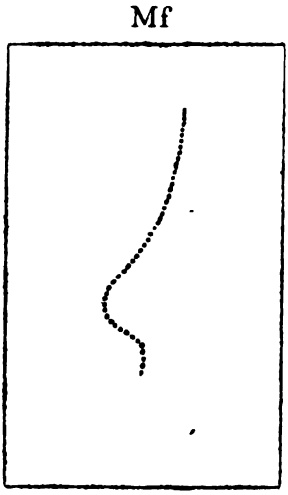



FIG. 6.

Fig. 3. Profil, relevé au moyen d'une lame de plomb, d'une coupe passant verticalement par l'omoplate droite.

4. Profil de la ligne correspondante gauche.
5. Projection transversale des courbures de la crête épinière.
6. Ligne formée par les apophyses épineuses.

térieure du sacrum ; mais à partir de ce point, la déviation devient telle que le doigt n'atteint aucune des parties situées à gauche.

Le point qu'il eût été fort intéressant de connaître, c'est la distance existant entre la partie saillante du promontoire ou de la colonne vertébrale, et la face postérieure du pubis. Pour les raisons données dans la note ci-jointe (1), cette mesure nous fait défaut. Nous aimons à croire que la science n'y perdra rien, et que notre collègue de Bruxelles, le Dr Kufferath, qui a opéré récemment cette femme, pourra publier ce renseignement et combler la lacune de notre observation. Les autres dimensions du bassin ont été prises par le Dr de Saint-Moulin, de Bruxelles. Nous les reproduisons ci-contre en mettant en regard les dimensions correspondantes d'un bassin normal.

*Type du bassin.* — A quelle forme de bassin avons-nous eu affaire ?

Cette question nous a beaucoup préoccupé, et c'est avec des réserves justifiées par la singularité du cas et sa rareté, que nous émettons notre avis.

Des mensurations que nous avons données plus haut, il résulte que : 1° le détroit inférieur n'a pas subi de transformations comparables à celles du détroit supérieur ; 2° les diamètres sont moins altérés qu'on ne s'y attend à l'inspection des déviations de la colonne vertébrale ; 3° il doit se

(1) Pour ne pas fatiguer notre opérée après l'intervention, ni pendant les suites de couches, j'avais différé longtemps l'examen approfondi et les mensurations complètes de son bassin. Quand je me rendis enfin chez elle pour achever mon observation, j'appris que la malade avait quitté la ville sans m'honorer.... même d'une visite et, mieux que cela, sans laisser d'adresse. Un an après, j'apprends qu'elle est à Bruxelles. J'y vais. A son domicile, on me dit qu'elle vient de partir à l'hôpital pour accoucher, il n'y a pas dix minutes. A l'hôpital, je la retrouve, et c'est là que j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. de Saint-Moulin dont je ne saurais trop louer l'amabilité, prendre les profils du bassin reproduits ci-dessus, et quelques mesures qu'a bien voulu compléter notre honorable collègue de la Maternité de Bruxelles.

trouver, dans la moitié gauche de l'excavation, une partie élargie dont il est difficile de donner les dimensions.

Cette femme n'est pas rachitique ; les renseignements

| | MENSURATIONS DU BASSIN | CHEZ notre FEMME | BASSIN NORMAL |
|---|---|---|---|
| 1 | De l'épine iliaque antéro-supérieure à celle du côté opposé | 14.5 | 24 |
| 2 | De l'épine iliaque antéro-inférieure à celle du côté opposé | 15.5 | 21 1/2 |
| 3 | Du milieu de la crête iliaque droite à l'ischion droit. | 14 | 19 |
| 4 | Id. id. gauche » gauche. | 15.2 | 19 |
| 5 | De l'épine iliaque postéro-supérieure gauche au bord inférieur du pubis | 14 | 17 |
| 6 | De l'épine iliaque postéro-supérieure droit au bord inférieur du pubis | 12 | 17 |
| 7 | De l'épine iliaque postéro-supérieure gauche au trochanter droit | 23 | 23 |
| 8 | De l'épine iliaque postéro-supérieure droite au trochanter gauche | 15 1/2 | 23 |
| 9 | De l'épine iliaque postéro-supérieure gauche à l'ischion droit | 15 1/2 | |
| 10 | De l'épine iliaque postéro-supérieure droite à l'ischion gauche | 12 1/2 | |
| 11 | Diamètre coccy-pubien | 7.13 | 11 |
| 12 | De l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre sacrée à l'ischion droit | 12 | |
| 13 | De l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre sacrée à l'ischion gauche | 14 | |
| 14 | De la partie supérieure du pubis au fond de l'ensellure. | 14 | |
| 15 | De la crête iliaque droite à l'ischion gauche | 15 6 | |
| 16 | Id. gauche id. droit | 22.7 | |
| 17 | Diamètre bi-sciatique | 10 | 11 |
| 18 | Du bord inférieur du pubis à l'aileron droit du sacrum | 7.3 | |
| 19 | Du bord inférieur du pubis au ligament sciatique droit | 7.6 | |
| 20 | Hauteur du pubis | 3 1/2 | 4 |
| | Exostose à la face interne du pubis. | | |
| | Promontoire dévié à gauche. | | |

qu'elle donne sur les premiéres années de sa vie sont incomplets sans doute, mais elle sait parfaitement qu'elle a marché

serait sortir des limites de ces quelques pages. Les statistiques, avant l'emploi de la méthode antiseptique, ne peuvent fournir la vérité sur aucune de ces deux méthodes.

Depuis l'antiseptie, les deux méthodes ont vu leurs succès respectifs augmenter dans de notables proportions.

Bientôt, cette comparaison pourra s'établir et fixer les idées de chacun.

Pour moi, si le hasard me redonnait à opérer la même femme ou une femme dans des conditions analogues, enfant vivant et à terme, rétrécissement à 6 ou 7 centim., antisepsie possible, je n'hésiterais pas un instant, et personne, je crois, ne pourrait m'accuser d'imprudence.

Au moment où je me dispose à adresser à l'Académie cette observation, une lettre de mon aimable confrère, le Dr de Saint-Moulin, m'annonce que la femme vient de subir l'opération de Porro avec succès pour elle : l'enfant a succombé le troisième jour.

Je ne connais pas les détails du cas ni de l'intervention, mais le peu que j'en sais sont une confirmation et une justification de la conduite tenue dans le premier cas.

On a cherché à provoquer l'accouchement à sept mois sans résultat satisfaisant, et l'on a dû en venir à l'opération césarienne.

Il sera fort intéressant de connaître les détails que ne manquera pas, nous l'espérons, de publier le Dr Kufferath, de Bruxelles.

Les particularités cliniques me paraissent dignes de fixer un moment l'attention.

1° L'*injection d'ergotine* faite en une ou deux minutes avant la section cutanée, a donné un excellent résultat au point de vue de l'hémorrhagie, et l'on sait que c'est là le grand danger.

J'ai vu le sang couler dans un cas d'opération césarienne où cette précaution n'avait pas été prise et où l'utérus revenait peu sur lui-même. La quantité de sang que donnent les sinus ouverts est considérable, et cet écoulement amènerait

vite un danger sérieux, si l'art ou la nature ne venaient l'arrêter.

Mieux vaut le prévenir, et si l'utérus n'a pas de contractions fréquentes avant l'opération, il est bien rationnel de les provoquer.

Pour l'enfant, le danger de ces contractions provoquées, n'est pas bien grand : en quelques secondes, il va y être soustrait.

Pour la mère, nous ne voyons aucun danger. Tout au plus, l'ergot pourrait-il être accusé d'avoir été la cause occasionnelle du deuxième fait que nous voulons citer : l'inversion utérine.

2° *Inversion utérine.* — L'utérus était véritablement tétanisé et l'incision bâillait largement. Aussi, à la légère traction que j'exerçai sur le cordon, s'inversa-t-il complètement. La réduction exigea des efforts, non pas considérables, mais répartis sur une large surface. Cet incident n'eut pas de suite et il ne suffirait pas à faire rejeter l'emploi des injections d'ergotine qui ont sans doute contribué à sa production.

Quelques minutes d'attente en plus permettront au placenta de se décoller plus normalement.

3° *Le siège de l'incision.* — Chez notre femme, l'utérus était, comme souvent, porté en avant, et le ventre avait la forme dite « en besace ». En incisant, je voulais éviter le fond de l'utérus, comme le recommandent les auteurs ; je suis tombé dans l'excès contraire. Mon incision porta sur le col, sans grand dommage d'ailleurs. Signalons encore la minceur étonnante des parois abdominales, fait dont il est bon d'être prévenu.

4° *La suture utérine.* — J'ai employé le mode de suture le plus simple, à points séparés et au catgut. Je considère comme inutile de passer dans la cavité utérine. L'affrontement est aussi bien assuré que possible et le fil ne baigne pas dans les liquides intra-utérins dont on ne peut pas toujours garantir l'asepsie.

L'adossement de la séreuse péritonéale n'a pas été recher-

ché. L'affrontement exact des lèvres de la plaie doit supprimer toute possibilité de communication entre les cavités péritonéale et utérine : l'épanchement plastique vient boucher les fissures. D'ailleurs, l'accumulation de liquide dans l'utérus est empêchée par le tube utéro-vaginal. Je n'ai pas vu davantage la nécessité de la résection cunéiforme des bords de la plaie (méthode de Sänger).

5° *Courbes du pouls et de la température.* — Notre opérée a toujours eu le pouls rapide et je ne lui ai pas connu inférieur à 120.

J'ai pris avec soin, moi-même, la température : les cavités axillaires étaient assez grandes pour que la boule du thermomètre y flottât à l'aise : les indications ne sont peut-être pas absolument exactes, mais elles le sont relativement et sont comparables entre elles.

On peut, d'ailleurs, constater le parallélisme des deux courbes.

Cet éréthisme du pouls n'a été que passager : car, en dehors des suites de couches, cette femme a le pouls normal ou à peu près.

6° *Constipation.* — Cette femme a eu de la péritonite : c'est certain, mais les symptômes dus à la constipation ont singulièrement dominé, et l'on peut suivre cette marche ascendante des accidents : douleurs, ballonnement, fièvre (?), nausées, le tout se terminant brusquement par une selle, ou plutôt une diarrhée. Cette scène s'est répétée les 8 et 9, les 18-19-20.

La conclusion à en tirer est donc la nécessité d'assurer le libre cours des matières.

7° *Fistule utéro-cutanée.* — Ni dans les traités de gynécologie ou d'accouchements, ni dans les articles des Dictionnaires, ni dans les monographies sur les fistules, je n'ai découvert la mention de cette petite complication.

Le point de départ a été un petit abcès de l'angle inférieur de la plaie, et la cause, l'incision de l'utérus prolongée trop bas.

Le signe : un écoulement glaireux et la possibilité d'introduire un stylet par l'orifice cutané aboutissant au vagin par le col utérin.

Le traitement, aussi simple que possible, l'usage d'un drain pendant quelques jours.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séances du 16 et 23 mai.*

P. Second. — **Du traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne** (1).

Terrier. — Il a pratiqué la castration : a) pour parer à des hémorrhagies utérines; b) pour mettre un terme à de vives douleurs de dysménorrhée. Il a constaté, qu'en certains cas, il est non seulement difficile de trouver les ovaires mais aussi de les enlever. Dans une circonstance même, il reconnut l'impossibilité de réaliser cette extirpation, raison pour laquelle il fit, dans le voisinage de l'ovaire, plusieurs ligatures perdues, au catgut, *ligatures atrophiantes*. Il est parfois, en particulier, extrêmement dificile d'enlever, *complètement*, l'ovaire, contre-temps cependant de grande importance, puisqu'il peut entraîner la persistance des hémorrhagies. Sous le rapport des indications, il n'est pas aisé de poser des règles générales. Il faut savoir s'inspirer des conditions particulières à chaque cas. En certaines circonstances, il est préférable d'enlever utérus et fibromes par la voie vaginale ; dans d'autres, au contraire, la laparotomie est nettement indiquée. Mais, le ventre ouvert, *faut-il se contenter de l'ablation des ovaires ou devra-t-on enlever aussi les fibromes ?* C'est au cours même de l'opération que l'on prendra parti, le plus souvent. On ne saurait oublier que, si la gravité de l'hystérectomie abdominale va diminuant de jour en jour, elle n'en reste pas moins une opération infiniment plus sérieuse que l'ovariotomie.

Bouilly. — Il a pratiqué 8 fois la castration pour *accidents causés par fibromes utérins ;* 4 fois, pour combattre des hémor-

---

(1) *Vid. in Ann. de Gynec. et d'Obst.* Juin 1888, p. 416.

rhagies incoercibles qui mettaient la vie en péril, succès absolu et complet; 2 fois, pour arrêter dans leur développement des fibromes douloureux, résultats remarquables; 2 fois pour mettre un terme à des douleurs insupportables; mais, ici, les conditions étaient plus complexes, il y avait coexistence de salpingites et de fibromes.

Relativement aux indications de la castration dans les fibromes, l'opération peut être destinée soit à parer aux hémorrhagies, soit à s'opposer au développement rapide de la tumeur. Quand il s'agit de fibromes volumineux, la castration peut être difficile et elle donne peu de résultats.

Championnière. — La diversité des conditions, dans les cas de fibromes utérins, est telle qu'il est impossible de poser des règles générales d'intervention. Mais, aux indications déjà signalées, s'ajoute celle qui se dégage de la situation sociale de la malade. Il est des femmes auxquelles les nécessités de l'existence ne permettent pas l'emploi de moyens palliatifs, et qui nécessitent de longues périodes de repos, moyens qui sont de mise chez des personnes appartenant à une classe plus fortunée. Pour ce qui a trait à la réouverture de la plaie abdominale, accident signalé par Segond, le meilleur moyen de s'en garer c'est d'associer les sutures profondes aux sutures superficielles. En ce qui le concerne, il a depuis quelque temps, pris l'habitude de faire la suture, séparée, du péritoine au catgut perdu. Le cas de castration unilatérale, rapporté par Segond, et l'excellent résultat obtenu, sont des particularités dignes d'être relevées. Quelles que soient les difficultés de la castration, on est toujours autorisé à la tenter, quitte à y renoncer si l'on rencontre des adhérences invincibles, et particulièrement des adhérences de l'ovaire à l'intestin, qui sont la grosse difficulté de cette opération. La castration mérite d'être conseillée : 1°) parce que l'ablation des tumeurs fibreuses est une opération très dangereuse, et que : 2°) des ovaires, même malades, peuvent avoir une influence fâcheuse. En effet, dans un cas, l'ablation des ovaires, profondément dégénérés, fut suivie d'une notable diminution des fibromes. L'opération est moins grave que l'hystérectomie et donne des résultats qui, dans leur ensemble, sont plus satisfaisants.

Terrillon. — Après avoir rappelé 8 cas de castration pour hémorrhagies utérines dues à des fibromes, il insiste sur l'intérêt de premier ordre qu'il y a, au point de vue des indications et de

l'utilité de la castration, à apprécier la profondeur de la cavité utérine. Son expérience personnelle lui a permis de reconnaître que, dans tous les cas de fibromes utérins, cette cavité est augmentée, qu'en moyenne elle mesure de 9-16 centim., mais qu'elle peut atteindre jusqu'à 18, 20 et 25 centim. De plus, il a fait la remarque que la castration est surtout efficace quand cette profondeur oscille dans les limites moyennes de 9-12 centim. Mais, comme pour la déterminer, les hystéromètres ordinaires sont en général insuffisants, il a fait construire par M. Mathieu un instrument spécial l'*histéro-curvimètre*, qui donne les renseignements nécessaires sur la longueur, la direction, et la courbure de la cavité utérine. En résumé, l'examen méthodique de la cavité utérine, dans le cas de fibrome, peut donner des indications sur le diagnostic, le pronostic et l'opportunité de l'opération.

Une cavité trop petite, accompagnant les hémorrhagies, montre que le corps fibreux est anormal ou en voie de désorganisation. Une cavité trop grande dépassant de 14-15 centim., avec écoulement leucorrhéique accompagnant les hémorrhagies, indique que l'opération de Battey n'aura qu'une influence minime. Celle-ci doit-être conservée pour les cas de cavité de moyenne grandeur, sans leucorrhée abondante.

Les lésions des trompes accompagnant les fibromes, conformément aux conclusions de Bouilly, sont fréquentes; sur 9 opérations, elles ont été constatées 3 fois.

Quant à la difficulté de l'ablation des ovaires, voici ce que Terrillon a observé dans la plupart de ces observations. Souvent, on trouve l'ovaire accolé au fond du bassin; il semble qu'on ne pourra jamais l'attirer, en le décollant du plancher pelvien, vers l'ouverture abdominale. Mais, en le tirant doucement, on est frappé après quelques minutes d'essai, de voir le pédicule s'allonger. Il faut alors agir avec douceur, de peur de rupture, et on arrive presque toujours à attirer l'organe dans la plaie abdominale et à l'enlever en entier.

Richelot. — Comme ses collègues, il est d'avis qu'il est impossible de tracer une ligne de conduite unique. Il faut savoir, suivant les cas, choisir entre la : a) castration ; b) l'ablation sus-pubienne; c) l'énucléation; d) l'extirpation vaginale. Laissant de côté la question des *fibromes volumineux*, non mise en cause par Segond, il ne s'occupe que des *tumeurs de moyen volume*, remontant au

plus jusqu'à l'ombilic. Or, il faut reconnaître que la tendance actuelle est de pratiquer la castration qui supprime les symptômes graves par l'atrophie consécutive des fibromes, mais il peut arriver que les ovaires, dégénérés ou non, soient d'un accès très difficile, au point de rendre la castration fort dangereuse. En pareille occurrence, si la tumeur sort facilement, on est autorisé à se décider pour l'hystérectomie. Restent les *tumeurs fibreuses de petit volume,* et plus ou moins enclavées dans l'enceinte pelvienne.

Ce sont précisément les cas pour lesquels les ovaires sont le plus difficile à enlever. La conduite à adopter peut varier suivant les circonstances, suivant l'expérience antérieure, et les tendances personnelles de l'opérateur. Quand il s'agit d'un fibrome unique, situé dans l'une des parois utérines, il faut, le plus possible, utiliser l'énucléation. Mais, lorsqu'on a affaire à un fibrome rétro-utérin ou à un utérus bourré de fibromes, la castration et l'hystérectomie vaginale peuvent être mises en parallèle. (Suivent plusieurs observations.)

Terrier. — Relate sept observations d'opérations de Battey qu'il a pratiquées pour des fibromes utérins, dont deux compliqués de kystes ovariques. Il insiste ensuite sur l'accident, signalé par Segond, de la discission de la plaie abdominale. Il croit pouvoir le rapporter à deux causes, l'une mécanique, la persistance de la tumeur qui distend la paroi abdominale; l'autre, d'ordre physiologique, l'abondance de pertes de sang qui rend peut-être la réparation des tissus moins faciles. En tout cas, l'application de deux plans de sutures, l'un profond, l'autre superficiel, et la prolongation de la durée pendant laquelle on laisse les sutures, surtout les superficielles, pourront faire éviter cet accident, qui peut être fort grave.

Pozzi. — On donne, à tort, le nom d'opération de Battey à la castration faite dans un but hémostatique. L'opération de Battey est une opération qui a été entreprise pour supprimer les douleurs, voire même pour guérir la folie (*castration antinévropathique*). Ce sont MM. Trenholm et Hégar qui ont recommandé la castration pour arrêter les hémorrhagies internes (*castration hémostatique*). Enfin, la castration a encore été conseillée (L. Tait) dans les cas de lésions inflammatoires d'origine interne (métritiques); elle

pourrait, dans cette troisième espèce, prendre nom de *castration antiphlogistique.*

(Bullet. de la Société de chirurgie, 1888, N° 6.)

(*A suivre.*)

---

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE BERLIN

*Séance du* 13 *avril* 1888.

ENGELMANN (St-Louis) : **De l'emploi de l'électricité en gynécologie.** — Le peu de vogue de cette méthode de traitement est attribuable à deux causes : a) les beaux résultats obtenus à l'aide de la gynécologie opératoire ; b) ceux, minimes, qu'a donnés l'emploi de l'électricité en médecine.

Il faut rapporter le revirement qui s'est fait en faveur de l'électro-thérapie aux circonstances suivantes : 1) la mesure exacte de l'intensité du courant électrique ; 2) l'usage de courants très forts ; 3) l'application de la méthode polaire. Cette application est facilitée par la forme et la situation des organes génitaux. L'action du courant électrique s'épuise complètement dans la région malade ; le pôle actif peut être placé dans ou sur le tissu pathologique ; la largeur de la surface dont on dispose sur la paroi abdominale permet de neutraliser le plus possible le pôle indifférent. L'emploi du courant fort est rendu possible par la faible résistance des viscères pelviens, la faible sensibilité électrique des organes, et l'utilisation d'une électrode large pour la diffusion du pôle indifférent.

L'auteur indique ensuite les différences qui distinguent l'électro-thérapie dans les autres branches de la médecine de l'électro-thérapie gynécologique. L'électricité en gynécologie ne doit pas être considérée comme un moyen, mais comme un ensemble de moyens qui, suivant son mode d'emploi, d'après la nature et l'intensité du courant, la forme, le volume, et la substance de l'électrode, est capable de produire des effets tout à fait opposés, action sédative ou excitante, favorisant la résorption ou stimulante, hémostatique ou hémorrhagipare.

Il ne s'agit pas en réalité de l'action incertaine du courant interpolaire. Les résultats sont obtenus grâce à l'action souvent manifeste du pôle actif, appliqué dans ou sur le tissu pathologique.

Celle-ci représente l'agent essentiel, l'autre n'est qu'un agent auxiliaire.

L'électricité en gynécologie ne mérite pas d'être considérée comme un spécifique ou comme un agent universel ; elle s'ajoute en les complétant à nos moyens d'action; c'est un auxiliaire qui n'est pas à dédaigner, et qui, suivant les indications, est appelé à exercer une action capitale ou complémentaire.

L'auteur entre ensuite dans des détails sur le choix du courant, la manière de l'employer, la durée de l'application, et expose les résultats qu'il a obtenus, depuis trois ans dans sa clinique, avec l'électricité, non seulement en gynécologie, mais aussi dans quelques cas obstétricaux.

Parmi les contre-indications, il suffit de signaler l'idio-syncrasie, chez certaines femmes nerveuses, irritables, tantôt le courant faradique, tantôt le courant galvanique, produisent des effets fâcheux.

En terminant, l'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à se pourvoir d'un appareil bien approprié, la disposition des électrodes, surtout pour la diffusion de l'action du pôle indifférent, mérite, d'attirer particulièrement l'attention ; c'est à une disposition mal entendue qu'il faut rapporter la plupart des échecs.

*Discussion :* Bröse. — Il a eu recours, en gynécologie, à l'application du courant constant dans le traitement des myômes utérins. Le pôle positif était placé dans le col, le pôle négatif, sous la forme d'une électrode large, sur la paroi abdominale. Mais il n'a employé que des courants faibles, d'une intensité *maximum* de 20 milliampères, qui développèrent des contractions utérines violentes, auxquelles il attribue les résultats qu'il a obtenus avec ce traitement. Dans deux cas, les tumeurs devinrent manifestement plus petites et les douleurs cessèrent. Mais, dans un troisième, les contractions furent si énergiques que le myôme, qui était sous-muqueux, se nécrosa, donna lieu à des phénomènes de putréfaction, et que le col, qui jusqu'alors était resté complètement fermé, devint perméable. Après 5 séances, B... put, après chloroformisation complète de la malade, enlever le myôme avec le doigt. Malheureusement, en dépit de lavages utérins répétés, la femme succomba, cinq jours après, à des phénomènes de péritonite septique. En raison de cet insuccès, il ne peut considérer la méthode comme dépourvue de danger.

Dans un quatrième cas, le traitement électrique n'amena aucun résultat.

ENGELMANN ne voit aucune relation de cause à effet entre l'issue malheureuse et la méthode de traitement, parce que les courants employés étaient trop faibles.

BRÖSE persiste à mettre en cause les contractions utérines observées, ce qui du reste concorde avec les données fournies par Freund. (*Cent. f. Gynäk.*, 1888, nº 19.)

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG

*Séance du* 30 *mai* 1888.

*Présentations :* H. CROOM. a) **Kyste ovarique multiloculaire,** provenant d'une femme qui succomba, le lendemain de l'opération, à une dégénérescence graisseuse du cœur ; b) **annexes de l'utérus,** enlevées en raison d'accidents dysménorrhéiques.

BREWIS. **Douze cas de laparotomie pour des affections des annexes de l'utérus.** — 1) Salpingite, prolapsus des ovaires ; 2) dégénérescence kystique des ovaires ; 3) kyste papillomateux de l'ovaire droit ; 4) dégénérescence kystique des ovaires, salpingite chronique ; 5) cirrhose des deux ovaires ; 6) hydrosalpingite double, apoplexie folliculaire de l'ovaire droit, dégénérescence kystique de l'ovaire gauche ; 7) myôme de l'ovaire droit, salpingite chronique ; 8) ovarite chronique ; fixation en arrière de l'utérus ; 9) dégénérescence kystique des deux ovaires, cirrhose du gauche ; 10) rétroflexion de l'utérus, dégénérescence kystique de l'ovaire droit, cirrhose de l'ovaire gauche, salpingite chronique ; 11) développement incomplet de l'utérus, malformation des annexes ; 12) dégénérescence kystique des deux ovaires ; petit kyste parovarique du côté gauche. L'auteur accompagne ces faits des considérations suivantes.

Il est aujourd'hui reconnu que l'ablation des annexes est justifiée dans des cas bien choisis. Ce choix n'est pas difficile. L'histoire des antécédents, la notion de souffrances, durant peut être depuis plusieurs années, localisées à une certaine région, ayant pris naissance à l'occasion d'une poussée inflammatoire du côté du bassin, associée ou non à la parturition, compliquées éventuellement de stérilité, ce sont là des particularités dont la considération nous aide beaucoup dans le choix des malades.

Dans n'importe quelle autre circonstance, l'histoire de la mala-

die ne nous est d'une plus grande utilité ; elle ne saurait suffire, par elle seule, à nous autoriser a recommander l'opération. Les signes physiques sont aussi importants, mais non davantage. Ils nous permettent, à l'ordinaire, de constater un état pathologique qui explique les antécédents, bien que, dans certains cas, ils restent négatifs. Il se rencontre, en effet, des conditions qui échappent à l'investigation bimanuelle ; un ovaire peut être dégénéré, sans avoir, pour cela, subi de modifications quant à son volume, sa forme, sa sensibilité au toucher, etc. Nous devons, en outre, à l'aide de l'examen physique, établir formellement que l'utérus n'est pas le point de départ des symptômes ; aussi, est-il nécessaire de constater que la stérilité n'est pas sous la dépendance d'un état anormal de la matrice.

Dans la plupart des cas, il est difficile, et, dans beaucoup impossible, de déterminer, par l'exploration physique, la condition exacte des annexes ; mais, en général, nous pouvons arriver à affirmer qu'il y a maladie, affirmation qui, jointe à la considération des antécédents, suffit à nous autoriser à conseiller une intervention chirurgicale. La meilleure méthode d'exploration physique, c'est l'exploration recto-abdominale. La malade anesthésiée après évacuation préalable de l'intestin et de la vessie, on introduit deux doigts d'une main dans le rectum, l'autre main est placée sur la paroi abdominale ; et, de cette façon, on peut explorer complètement la cavité pelvienne.

Ce n'est qu'exceptionnellement, quand la vie est en péril, qu'il faut insister auprès d'un malade pour qu'il se fasse opérer. En ce qui concerne le traitement palliatif, on rencontre, de temps à autre, des malades chez lesquels les symptômes morbides s'amendent à la suite, au point qu'une opération n'est plus nécessaire. Cette raison suffit pour qu'on y ait toujours recours dès le principe. On trouve encore des sujets qui, sans raison suffisante, désirent qu'on les débarrasse des annexes de l'utérus ; il est clair que ce désir ne saurait en aucune manière influer sur le jugement du médecin.

Je me suis conformé dans ces opérations, ajoute l'auteur, aux règles indiquées par L. Tait, sauf une seule modification. J'ai employé les antiseptiques sous forme de lavages phéniqués pour les éponges et instruments. Lorsque j'aurai acquis la certitude qu'il est possible de réaliser une propreté égale avec ou sans les antiseptiques, alors je m'affranchirai de leur emploi.

*Discussion* : Croom, Barbour, Hart, Brewis.

CROOM. **Contribution à l'anatomie et à l'histoire clinique de l'incarcération de l'utérus gravide rétrofléchi** (1).

F... BARBOUR. — Conformément au jugement de Croom, la conception dans le cas d'utérus rétrofléchi est plus fréquente qu'on ne le croit en général. La plupart des utérus se redressent spontanément, et ils échappent à l'observation du médecin. Il a observé un cas où, antérieurement à la grossesse, l'utérus était rétrofléchi, et où le redressement s'opéra spontanément entre la 8e et la 10e semaine. Au cours de cinq années, au « *Cowgate dispensary* » il n'a vu que deux fois des utérus gravides rétrofléchis, qui donnèrent lieu à des accidents.

BALLANTYNE, a vu au « Buchanan Ward » deux cas de rétroversion de l'utérus gravide. Dans l'un, il fallut opérer la réduction de l'utérus gravide ; dans l'autre, elle eut lieu spontanément. HART et BROOM ajoutent quelques remarques.

BALLANTYNE. **Des petites lèvres et de l'hymen** (1).

(*Edin. med. J.*, 1888, août.)

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LEIPSICK

HENNIG (1). **De la menstruation après l'oophorectomie double.** — Aussi longtemps qu'on a tenu l'ovulation et la menstruation pour deux phénomènes connexes, ayant entre eux des relations de cause à effet, on a dû considérer comme étant des faits anormaux, les hémorrhagies génitales, périodiques, qui, fortuitement, apparaissaient chez des femmes ayant subi la double castration. Opinion qui était parfaitement justifiée quand on ne pouvait pas démontrer l'existence des restes au moins d'un ovaire, contenant des follicules, ou la présence d'un ovaire surnuméraire.

L'auteur, qui se rallie à la théorie physiologique de Bischoff, a eu déjà l'occasion de faire, sur la demande d'Hégar, une communication touchant un cas analogue. Il s'agit d'une femme, chez laquelle Germann et Hennig enlevèrent les deux ovaires, en 1869.

Femme, âgée de 31 ans, qui, en novembre 1868, avait eu son

---

(1) Ces deux mémoires seront publiés *in extenso* dans un prochain numéro de l'*Edin. m. J.*

quatrième enfant, qu'elle allaita. Après le sevrage, les règles ne reparurent pas. L'ovaire droit, depuis une année déjà, était douloureux, et commença, dès la mi-décembre, à grossir. Quant au gauche, le toucher rectal permettait de constater qu'il constituait une petite tumeur, dure et mobile. Le ramollissement de l'utérus, long de 7 centim. et en antéversion, était remarquable. Le 27 octobre 1869, oophorectomie double. Hémorrhagie inquiétante, venant de grosses veines adhérentes à l'ovaire droit, et qui avaient été déchirées. Compression manuelle, puis, occlusion rapide du ventre et hémostase au moyen d'un bandage compressif. Traitement extra-péritonéal du pédicule.

Quelque temps après, la femme écrivait que, depuis son opération, elle avait eu plusieurs fois ses règles, bien qu'en faible quantité; le fait était d'autant plus surprenant, que l'ovaire droit, au niveau de la paroi interne du sac, avait suppuré avant l'opération et donné lieu à des phénomènes pyrétiques, et que, de plus, le pédicule avait été, entre les mors du clamp, cautérisé avec du perchlorure de fer. La première mention de l'occurrence de la menstruation après une oophorectomie double a été faite par Storer (opérations sur le vagin : *Am. J. of. med. Science.* Jan., p. 119; *Petit Canadian med. J.* for 1868), les suivantes par Voss (*Scandinave*; rapportées in *Cent. f. d. med. Wissench.*, 27 nov. 1869, et par Terrier (*Gaz. hebdom.*, 15 décemb. 1876); dans ce même journal, 27 déc. 1878, on a rapporté un autre cas : femme âgée de 25 ans, excroissance en choux-fleurs, castration double, consécutivement menstruation.

A Vienne (C. Braun), une jeune fille, dont le vagin était imparfaitement développé, fut castrée en raison d'accidents d'hystéro-épilepsie; le cinquième jour après l'ablation des ovaires, les règles se montrèrent (1879); enfin, une autre femme (dans la même année), qui avait subi la castration double, fut de nouveau menstruée, et elle subit, pour la troisième fois, la laparotomie destinée à la débarrasser d'un kyste pédiculé.

Le deuxième cas observé par l'auteur concerne une jeune fille. A l'âge de 22 ans, elle présenta un kyste de l'ovaire droit, biloculaire, qu'Hennig enleva le 7 septembre 1886. L'ovaire gauche avait deux fois à peine le volume normal; cependant, comme il portait plusieurs petits kystes, il fut aussi enlevé. Les deux surfaces de section furent légèrement cautérisées avec le thermocautère.

Depuis cette double opération, la jeune fille est menstruée (il y a déjà 15 mois) aussi abondamment et aussi régulièrement qu'avant la maladie.

Sur la surface d'incision de l'ovaire droit, à très court pédicule, on ne découvrit aucun ovule ; par contre, à la périphérie de la surface d'incision de l'ovaire gauche, plus longuement pédiculé, on en put constater trois, situés très près les uns des autres.

Une dame, encore à l'âge de la fécondité, qui, pour des accidents de salpingo-ovarite de nature gonorrhéique, subit la double castration, déclara que, dans le mois qui suivit l'opération, elle éprouva les phénomènes qui accompagnent le molimen menstruel, mais sans avoir perdu du sang, et que, depuis, elle est sujette à des malaises nerveux périodiques.

On est conduit, en ce qui concerne la jeune fille chez laquelle la menstruation reparut d'une façon si normale, à expliquer ce fait surtout par la présence dans le reste du pédicule de gauche de follicules. Le plus petit follicule mesure 20 μ ; un moyen 34 μ, son ovule 5 μ ; le plus gros 138,5 μ, son ovule 4,7 μ, le noyau de celui-ci 0,45 μ ; l'épithélium comme longueur 20 μ, comme largeur 10 μ, le noyau 0,45 μ. Mais l'épithélium germinatif n'est pas normal, il est raccourci et en partie détaché.

Il est d'abord remarquable, et jusqu'ici le fait n'a pas été signalé, qu'il se forme dans le tissu du pédicule, conséquemment dans le tissu médullaire des follicules, et non pas seulement dans la couche corticale. Spencer Wells a dû considérer une telle anomalie comme possible, car il recommande de ne laisser aucune portion d'un ovaire augmenté de volume bien que longuement pédiculé, toutes les fois qu'on enlève une partie quelconque de la trompe, parce que, dit-il, un œuf arrivé à maturité ne saurait plus par où cheminer. Prewit (S.-Louis) a cité également le fait d'une opérée chez laquelle la menstruation se fit, à plusieurs reprises, par le pédicule (extra-péritonéal).

On trouve des allusions à de semblables éventualités dans le mémoire de Puech sur l'influence de la menstruation vicarienne sur l'ovulation (*Gaz. des Hôp.*, 21-24 avril 1863) et dans Ormières (Menstruation après l'oophorectomie, *Arch. génér. de méd.*, février 1886).

Schatz (*Cent. f. Gynäk.*, 23, 1885) accepte que non seulement la plus petite portion de l'ovaire peut donner lieu à la

menstruation, mais être aussi le point de départ de grossesses normales. A son avis, le petit volume de l'ovule, non plus que ses dimensions exagérées et sa forme anormale, n'empêchent la trompe de recueillir l'œuf. Il conseille dans les cas analogues de laisser plutôt une portion très petite de l'ovaire et de la lier pour assurer l'hémostase, que d'en laisser une plus grosse et de la suturer directement.

*Discussion :* Sänger, Fristsch, Zweifel.

HENNIG. 2) **De l'importance du diamètre oblique au détroit supérieur.**

HENNIG. 3) **Des petits du serpent à sonnettes.**

ZWEIFEL. **Dé la Vaginite emphysémateuse.** Vid. in *Arch. für Gynäk.* Bd. XXXI, p. 363.

(*Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 22.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

*Séance du* 17 *avril* 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

HANKS présente un **porte-aiguille**, dont un des mors porte une saillie qui presse l'aiguille, placée dans l'une des cannelures que porte l'autre mors. Ce dernier présente une partie excavée qui loge la saillie de l'autre, lorsque le porte-aiguille est fermé sans porter d'aiguille. On peut aussi placer l'aiguille entre les mors de la pince, en arrière de la partie saillante.

CLEVELAND présente un **clamp pour l'hystérectomie vaginale**, assez analogue au forceps.

TUTTLE. **Opération de Tait.** — La malade souffrait constamment et avait des hémorrhagies. Les annexes enlevées étaient malades. L'opérée s'est remise parfaitement, son état est amélioré.

Il présente aussi un **cystome ovarique proliférant**, et les pièces d'une **oophorectomie motivée par des fibromes** qui produisaient des hémorrhagies incoercibles. Les tumeurs ont diminué, Tuttle a tout essayé, sauf l'électricité.

BOLDT présente un **kyste dermoïde de l'ovaire.**

WYLIE signale la difficulté du diagnostic de ces tumeurs.

Boldt ajoute que la douleur qu'elles causent n'est pas proportionnée à leur volume.

Hanks. **Kyste ovarique intra-ligamenteux.**

Coe examine la pièce ; le kyste est papillomateux et de nature maligne.

Mundé a vu une ascite causée par une tumeur, que le liquide avait fini par masquer entièrement. En ouvrant l'abdomen, il trouva une tumeur papillomateuse intéressant tout le bassin ; il referma aussitôt le ventre. Deux mois plus tard l'ascite était aussi volumineuse qu'avant ; nouvelle laparotomie ; impossibilité d'enlever la tumeur à cause de l'hémorrhagie. Mundé plaça un tube à drainage, et un sac de sable de 20 livres sur l'abdomen ; il n'enleva le drain que lorsque l'écoulement séro-sanieux fut arrêté. Le liquide ne s'est pas reproduit.

C. Mackenzie. **Abcès pelviens chroniques s'ouvrant dans le rectum.** — Il en a vu 5 dans l'espace de 2 ans, tous venus à la suite d'un accouchement.

Lusk. — Ces abcès sont rares chez les femmes qui sont bien traitées. Dans un cas, Leale fit une contre-ouverture dans le vagin et y plaça un drain ; la malade se remit bientôt.

Lusk a réussi en agissant de même.

Sims rapporte un cas où l'abcès tendait à se faire jour près de l'ombilic. Il fit deux ouvertures, l'une au-dessus de l'autre, dans la paroi abdominale ; plus tard, il les réunit et fit une irrigation toutes les 2 ou 3 heures.

La malade se remit lentement, mais complètement.

Wylie croit que ces abcès sont dus à une infection. S'il peut trouver l'ouverture rectale, il l'élargit, et y place un drain ; puis, à l'aide d'un tube rectal, il maintient le rectum libre. Il faut néanmoins en venir parfois à la laparotomie. S'il ne peut pas trouver l'ouverture rectale, il surveille attentivement la malade, et, lorsque l'abcès *pointe* vers le vagin, il l'ouvre avec un trocart, et fait des lavages au sublimé.

*Discussion :* Cleveland, Fruitnight, Coe, Nilson, Mundé-Janvrin, Murray, Hanks.

*Biographie de R. F. Dawson.* Né en 1847, Dawson fonda l'*American journal of Obstetrics*, en 1868, traduisit l'*Anatomie pathologique* de Klob, et édita les *Opérations obstétricales* de R. Barnes.

Au lieu de soutenir le périnée, il faut, avec les doigts, presser en arrière de l'anus, de façon à repousser la partie qui se présente vers le pubis et à tirer en avant tout le périnée.

Il faut surveiller le passage des épaules, qui souvent déchirent le périnée.

On ne donnera de l'ergot que lorsqu'on sera certain que la délivrance se fera moins de vingt minutes plus tard.

On extraira le placenta dans les vingt minutes qui suivent la naissance de l'enfant; la méthode de Crédé paraît bonne à l'auteur. Le placenta, placé dans un vase propre, sera examiné avec soin.

On pressera sur le fond utérin pendant une demi-heure, ce qui s'oppose à la formation de caillots intra-utérins et diminue le danger d'une hémorrhagie, et les tranchées.

On ne liera, dans la règle, le cordon, que lorsqu'on n'y percevra plus de battements.

On appliquera un large bandage.

On suturera immédiatement les déchirures du périnée; la coaptation des lèvres de la plaie est plus facile si l'on opère immédiatement.

L'auteur ne se prononce pas au sujet des déchirures du col; mais il recommande à ses accouchées de se faire examiner au bout de deux mois, pour s'assurer s'il n'y a pas de déchirure persistante.

Les lavages vaginaux antiseptiques ne sont pas nécessaires lorsque tout a été propre pendant l'accouchement.

Enfin, Mc Lean recommande les soins à l'enfant et les soins à la mère.

Polk croit que l'essentiel, dans les soins au périnée, est de s'assurer que l'occiput s'est bien dégagé sous le pubis.

Lusk.— Il est utile d'exprimer le placenta, pendant que l'utérus est contracté; mais pour extraire les membranes, il faut attendre le relâchement dans la crainte de les déchirer.

Patridge n'est pas partisan de la rotation des membranes qui selon lui, expose à leur rétention.

Skene n'est pas un avocat sans restriction de la suture immédiate du périnée. Il est souvent préférable de soutenir le plancher pelvien par un bandage approprié, qui lui donne la chance de se réparer spontanément. Les sutures n'agissent pas toujours comme un soutien.

Munde affirme qu'il est des cas où l'on ne peut pas empêcher le périnée de se déchirer. Il cite un cas récent où une primipare, accouchée par lui à l'aide des forceps, a eu une déchirure étendue, causée par l'extension de la tête. L'occiput était bien dégagé, lorsqu'il enleva le forceps.

Il ne veut pas qu'on se presse dans l'expression du placenta. Qu'on torde les membranes, ou non, c'est tout un ; il ne faut pas les arracher.

Dudley fait la suture dans la position de Sims, sans avertir l'accouchée et il la laisse dans cette position.

Boldt, quand le col est déchiré, se contente de gratter, avec un petit bistouri, les bords de la déchirure, six semaines après l'accouchement, puis il réunit avec du catgut.

Coe. **Perforation centrale du périnée.**— Le Dr Kats Parker, voyant que la tête ne se défléchissait pas, voulut introduire son doigt dans l'anus ; s'aperçut qu'il entrait dans la bouche de l'enfant. Elle fit alors une incision dans la fourchette et exécuta l'extension. Huit ou dix points furent placés ; la plaie se cicatrisa.

L'accident est peut-être dû à la syphilis.

Le périnée était fort large, l'arcade pubienne étroite, et la fente vulvaire très petite.

Coe approuve l'incision faite par Mme Parker, qui a permis une restauration complète.

La parturiente accouchait sur le dos. Si elle avait accouché sur le côté, on aurait mieux vu le périnée, et on aurait peut-être pu éviter l'accident au moyen de l'épisiotomie ou du forceps.

Il cite la statistique de Charpentier (*Arch. de Toc.* 1885, p. 953.)

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

*Séance du* 1er *mars* 1888.

PRÉSIDENCE DE DRYSDALE

H. A. Kelly présente une **sonde à double courant**, modification de celle de Bozeman, d'un nettoyage facile, et **une pince à tamponnement vaginal.**

B. C. Hirst. — **Placenta unique dans une grossesse double.** Les

deux circulations s'anastomosent entre elles. Il y a hydramnios de l'un des œufs.

Puis un **pariétal fortement déprimé**. L'enfant succomba au bout de 2 jours. L'aplatissement du bassin rendit nécessaire l'application du forceps.

GOODELL rappelle que Paré a observé ces dépressions. Dans la version on les rencontre sur la région temporale. La version, dans les rétrécissements, a donné deux avantages : la petite partie du *coin* représenté par la tête se présente au diamètre conjugué, et la tête offre au bassin un diamètre plus court que le bipariétal.

J. C. DA COSTA raconte un cas de **dystocie causée par un fibrome** ; l'enfant vint vivant.

GOODELL croit que Da Costa aurait eu moins de difficulté s'il avait fait la version.

W. S. STEWART présente son **forceps à branches parallèles**.

LONGAKER présente de la part de HOLMES un **kyste dermoïde**. La malade avait 50 ans ; elle refusa de se laisser opérer, et succomba. Il n'y avait que quelques adhérences épiploïques.

LONGAKER. **Pièces d'un carcinome utérin.** — La malade a été traitée par le térébène, qui a diminué l'odeur ; mais Longaker croit que le médicament a été pour quelque chose dans la mort rapide de la malade qui est tombée, peu après l'application du térébène, dans la somnolence, a présenté de la strangurie, et succombé au bout de 36 heures.

GOODELL. **Monstre double.** — Les deux fœtus sont unis par les hanches.

GOODELL. **Hydrosalpinx.** — La malade, opérée, ne souffre plus ; les menstrues régulières d'abord, sont moins fréquentes maintenant.

M. PRICE a vu les règles persister 6 mois dans un cas de ce genre, un an et demi dans un autre.

## *Séance du* 5 *avril* 1888.

PRÉSIDENCE DE DRYSDALE

DRYSDALE. **Papillome du ligament large droit ; obstruction intestinale ; opération ; mort par urémie ; autopsie ; un rein malade, l'autre kystique.**

J. Price rappelle que Burck a trouvé la température abaissée de 1 à 2 degrés pendant l'anesthésie éthérée (1).

Drysdale croit que l'abaissement de la température chez sa malade n'a pas été causé par l'éther, mais par l'urémie.

Hamill. **Apoplexie placentaire.**

Hirst rappelle que Baudelocque a décrit un cas tout à fait semblable.

Kelly a vu une extravasation sanguine se produire dans un placenta, après la section du cordon, sous l'influence d'une traction légère.

J. Price a vu un fœtus succomber à la *pendaison*. Le cordon, très court, faisait deux fois le tour du cou du fœtus, et y a laissé une profonde marque.

Hamill. **Vomissement matutinal chez le mari.** — C'est le cas d'un homme qui fut pris de vomissements chaque matin, 2 semaines après l'apparition des dernières règles chez sa femme, qui n'eut jusqu'à la prochaine époque, aucun *autre* signe de sa grossesse. Le mari continua de vomir pendant 2 mois.

Dans les grossesses précédentes, il avait présenté les mêmes symptômes, dès le moment où il avait su que sa femme était enceinte.

L'auteur ne donne aucune explication de ce fait curieux.

Goodell rappelle que sir F. Bacon a mentionné ce fait de sympathie entre époux, et cite un cas rapporté dans la *Lancet* du 4 mai 1878, où les vomissements du mari commencèrent et finirent avec ceux de sa femme.

Parish. **Kyste ovarique étranglé.** — Opération, guérison.

Hirst. **Deux cas d'hydramnios.** — Hirst croit qu'on peut adopter la théorie de Werth ; le placenta hypertrophié, en absorbant plus de liquide du sang maternel que l'organisme fœtal n'en peut utiliser, cause l'hypertrophie du cœur et des reins du fœtus, et par suite la polyurie

Pour le second cas, Hirst semble adopter la théorie de Tarnier.

Hirst. **Adhérence de placenta et hémorrhagie post partum.**

Goodell. 53 **laparotomies en** 1887.

| | |
|---|---|
| 27 ovariotomies . . . . . | 5 morts |
| 19 oophorectomies . . . . . | 1 — |
| 1 hystérectomie . . . . . | 0 — |

(1) Il s'agit de degrés F. (5/9 de degrés C.)

| | | |
|---|---|---|
| 2 tumeurs malignes de l'épiploon. . . . . | 1 | — |
| 2 abcès pelviens . . . . . | 0 | — |
| 3 incisions exploratrices . . . . . | 0 | — |
| 53 | 7 | — |

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

*Séance du* 3 *février* 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY.

G. W. Cook. **L'allaitement.** — L'auteur recommande de préparer le mamelon des primigestes, en faisant des tractions quotidiennes avec les doigts, et, s'il reste petit, il faut le faire sucer par la garde ou par un animal. Il faut aussi le durcir par des applications d'alcool. Il recommande de mettre l'enfant au sein, au plus tard, 4 ou 5 heures après la délivrance. Le nouveau-né prend ainsi l'habitude de teter, alors que le sein est encore souple, et la tetée à cette époque débarrasse l'organe des cellules qui ont passé à l'état de colostrum. De plus, les tetées doivent être peu espacées, pour que le sein n'ait pas le temps de se distendre et de durcir. On doit offrir le sein à l'enfant toutes les 2 ou 3 heures, le jour, et toutes les 4 heures, la nuit, mais pas plus souvent.

Cook cite deux cas dans lesquels la sécrétion lactée a tari, uniquement parce qu'on n'avait pas suivi ses conseils, et un cas dans lequel, chez la même femme, l'allaitement s'est fait admirablement, grâce à la soumission de l'accouchée et de la garde. L'enfant à qui l'on donne des tisanes sucrées se lasse bientôt et se dégoûte du sein. Naturellement la mère doit avoir une alimentation nourrissante et légère.

J. T. Winter croit qu'il suffit de donner le sein à l'enfant toutes les 5, 6 ou 7 heures, la nuit — ce qui signifie qu'il ne doit faire qu'un repas pendant la nuit.

Il recommande l'exercice en plein air aux femmes enceintes.

Les mères s'épuisent, si elles endorment leurs enfants en les berçant dans leurs bras.

Winter cite des cas où des femmes, tout récemment accouchées, ont pu allaiter des enfants.

King n'approuve pas les tractions exercées sur le mamelon ; elles

peuvent causer des contractions utérines. L'aplatissement du mamelon est dû le plus souvent à la pression du corset.

Il recommande de donner à la mère du repos de 11 heures du soir à 5 ou 6 heures du matin.

Il est convaincu que, si les femmes de notre temps n'ont pas assez de lait, c'est qu'elles ne boivent pas assez d'eau. Il affirme que les crabes et les écrevisses augmentent la sécrétion lactée.

Il fait mettre l'enfant au sein, avant l'expulsion du délivre, ce qui la facilite.

*Séance du* 17 *février* 1888.

PRÉSIDENCE DE D. W. PRENTISS, vice-président.

H. D. Fry. **Accouchement compliqué par une maladie chronique du cœur.**— Fry rapporte un cas dans lequel il appliqua le forceps à cause d'une dyspnée intense. L'accouchée se remit, à la suite de l'application de ventouses sèches et de sinapismes.

Puis il cite Macdonald, Spigelberg, Porak et Peter, qui se sont occupés de cette question.

Macdonald dans son ouvrage publié en 1878, insiste sur la nécessité pour l'accoucheur de savoir la médecine. Mais la plupart des traités d'obstétrique passent rapidement sur les lésions cardiaques qui peuvent compliquer la grossesse et l'accouchement. Charpentier devenu classique aux Etats-Unis, consacre six pages à l'étude de cette question.

Fry cite un cas dans lequel, dans la 38e semaine de la 5e grossesse, il fut obligé, en raison de symptômes cardiaques, de provoquer l'accouchement prématuré. L'enfant vécut. Puis le cas d'une femme qui, dès l'âge de 24 ans, fut toujours enceinte ou nourrice. Elle eut 11 enfants, et s'évanouissait toujours après la délivrance. Son cœur était affaibli par le travail auquel il était condamné (1).

Hagner parle de la *prophylaxie*, et cite Macdonald qui défend le mariage aux femmes affectées de maladies chroniques du cœur.

---

(1) L'espace dont je puis disposer pour cette revue ne me permet pas, à mon grand regret de faire de ce mémoire l'analyse qu'il mérite. L'intéressant travail de Fry doit être lu en entier. (A C.)

Il préfère l'éther au chloroforme, dans ces cas :

W. W. JOHNSTON insiste sur les rapports qui existent entre les maladies du cœur et celles des reins.

*Discussion :* KING, BUSEY.

FRY remercie en disant que les mères affectées de maladies du cœur ne doivent pas allaiter ; car l'allaitement fatigue le ventricule gauche, et empêche l'involution du cœur hypertrophié.

*Séance du 2 mars* 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

LACHLAN TYLER. **Notes sur la rougeole.**

L'auteur a noté la coexistence des affections catarrhales avec la rougeole, et le caractère tenace de la toux.

L'éruption a, une fois ou deux, disparu subitement par la percussion sur le thorax.

TYLER a observé, à la suite de la rougeole un cas de méningite spinale.

Il a remarqué la rareté relative de la rougeole chez les enfants au-dessus de 6 ans, et chez les personnes âgées.

G. B. HARRISON parle des anomalies de la rougeole.

J. TABER JOHNSON a vu un enfant repris de la rougeole, une semaine après la fin de la précédente.

FRY n'a pas remarqué que les mercuriaux empêchassent la diarrhée.

ADAMS a vu une fois la température monter à 41°,11, et céder promptement à l'antipyrine.

*Séance du* 16 *mars* 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

J. R. BROMWELL. **La papoïde dans la diphthérie.** L'auteur a traité avec succès plusieurs cas de diphthérie avec la *papoïde* (papaïne), en solution à 5/100, additionnée de glycérine et d'eau distillée, par exemple, en applications locales.

PRENTISS. — La papoïde est extraite du *papayer* de l'Amérique méridionale. Elle dissout l'albumine, dans une solution alcaline.

Elle est donc fort active dans la diphthérie, puisque les sécrétions du gosier sont alcalines.

L'auteur préfère le chlorure de potassium au chlorate à cause de l'effet de ce dernier sur les reins.

W. W. Johnston remarque que la papoïde a l'avantage de ne demander que peu de liquide pour agir ; elle dégénère moins que la pancréatine.

Acker a réussi avec la trypsine, dans plusieurs cas de diphtérie. La trypsine dissout les fausses membranes.

---

## SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du 25 mai 1888.*

PRÉSIDENCE DE H. J. BYFORD

E. C. Dudley. **Carcinome utérin et kyste dermoïde** (pièces).

H. T. Byford. **Fibro-myômes utérin sous-séreux. Carcinome du col, hystérectomie vaginale. Enlèvement des annexes par la voie vaginale** (pièces).

E. C. Dudley. **Un an de chirurgie abdominale.** 19 cas : 8 laparotomies pour l'enlèvement des annexes, 7 pour l'ablation de kystes ovariques ou para-ovariques, 1 kystérectomie vaginale, 1 incision d'un kyste pelvien uniloculaire. Pas de mort.

*Traitement préparatoire.* — Un cathartique, 48 heures avant l'opération, de fréquentes douches vaginales d'eau savonneuse chaude, nettoyage minutieux de la vulve et du ventre. Si possible un bain turc avec shampooing.

Antisepsie soigneuse pendant et après l'opération, application de petits drains en verre, parfois peu, ou pas d'opium. Dans un cas, la péritonite au début fut arrêtée par des lavements de térébenthine et par l'administration du calomel.

Dans l'angle formé par l'utérus et le ligament large, se trouve un petit plexus nerveux, si on l'enlève, les règles ne reparaissent plus.

H. T. Byford. Les laxatifs salins ont très avantageusement remplacé l'opium au début de la péritonite et de la septicémie.

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

*Séance du 12 janvier 1888.*

PRÉSIDENCE DE ZINKE

E. S. Mc Kee. **Examen de la femme enceinte et en travail.**

Palmer, tout en reconnaissant l'utilité de la palpation, croit qu'elle ne doit pas remplacer le toucher, comme l'enseigne Crédé.

Wenning insiste sur les difficultés de la palpation. On peut prendre le placenta pour une des extrémités du fœtus; il en cite un exemple. La palpation est utile surtout chez les femmes non mariées. Elle n'est, en outre, que le premier temps des manœuvres de la rectification d'une position irrégulière.

T. P. White et G. S. Mitchell, louent fort la palpation.

E. W. Mitchell, rappelle que le palper ne nous donne pas d'indications sur les dimensions du bassin ; le toucher est nécessaire pour les reconnaître.

H. Illowy rapporte un cas où la mère a présenté une température moyenne de 40°,55, pendant 6 mois; elle eut néanmoins un enfant vivant.

*Séance du 15 mars 1888.*

PRÉSIDENCE DE GILES S. MITCHELL

Ch. A. L. Reed. **Cancer médullaire de l'utérus compliqué par un myôme extra-utérin ou abcès pelvien pyo-salpinx, hystérectomie vaginale. Guérison.** Le fond du vagin se cicatrise sans suture L'opéré ne prit aucun remède.

Palmer, doute que la tumeur utérine soit un cancer.

Reamy, de même.

Reed fait observer que la pièce a macéré pendant 10 jours dans l'alcool, et que l'utérus a été rigoureusement raclé au commencement de l'opération.

(Résumé, d'après l'*Am. Journ. of Obst.*, juillet et août 1888, par A. Cordes.)

# REVUE DES JOURNAUX

**Du diagnostic et du traitement des hémorrhagies utérines atypiques.** (Zur Diagnose und therapie der atypischen utérus blutungen), Eichholz (Iena). — L'auteur a traité 34 cas d'hémorrhagie utérine atypique, après dilatation et exploration de la cavité interne de l'utérus. La dilatation a été réalisée au moyen de l'application répétée de tiges de laminaire. En moyenne, elle a exigé 3 jours. Une seule fois, il fallut y surseoir en raison d'une élévation de la température. Dans un cas, il se fit, dans la deuxième semaine qui suivit l'opération, un exsudat paramétritique volumineux ; dans un autre, il se développa une paramétrite légère. 8 malades furent obligés de subir un second traitement, à cause de la réapparition des hémorrhagies. 2 ou 3 fois seulement, on eut recours à la curette ; dans tous les autres cas, les excroissances furent enlevées avec la pince-cuiller (*Löffelzange*).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1) L'exploration de la cavité utérine, quand il s'agit d'hémorrhagies atypiques, est, dans la plupart des cas, inutile.

2) Le diagnostic de l'endométrite fongueuse se laisse établir par la considération d'autres symptômes : hémorrhagies, leucorrhée, érosions de la portion vaginale, augmentation du corps de l'utérus, inclinaison angulaire, présence de débris abortifs.

3) En ce qui concerne le traitement, il est indifférent de savoir exactement en quels points sont les excroissances molles ou les débris abortifs, parce qu'on peut, sans danger, dépouiller l'utérus de toute sa muqueuse. L'application répétée de tiges de laminaire nuit, en pareil cas, à la sûreté du diagnostic.

4) Le diagnostic des néoplasmes durs de la cavité utérine doit se faire avec la sonde. Toutefois, en semblables conditions, il est avantageux, pour compléter le diagnostic et pour le traitement, de recourir à la dilatation du col et à l'exploration préalable de la cavité de l'utérus.

5) Il en est de même quand, soit l'examen microscopique, soit l'existence de certains symptômes, rendent vraisemblable l'existence d'une néoplasie maligne.

6) On doit, lorsque cela est possible, réaliser la dilatation au moyen de dilatateurs mousses ; ce n'est que dans les cas de rigidité du tissu utérin qu'il est indiqué de la compléter par l'application d'une tige de laminaire rigide. (Cent. f. Gynäk, 1888, n° 6).

---

**Contribution à l'histoire des fibro-myômes volumineux du col de l'utérus.** (Zur Kasuistik der grossen Fibromyome des collum uteri. C. Rokitansky). — L'auteur a observé 6 cas de fibro-myômes volumineux du col de l'utérus. Des six femmes dont il s'agit, l'une a succombé sans avoir été opérée ; les 5 autres ont subi l'opération, et, sur le nombre, 3 ont guéri, deux sont mortes. Dans la majorité des cas, les fibro-myômes sont en quelque sorte libres dans la paroi du col ; la capsule incisée, leur énucléation est en général facile, ces considérations s'appliquent surtout aux tumeurs dures. Par contre, dans un cas où il s'agissait d'une tumeur molle, ses connexions avec le tissu utérin étaient tellement intimes, qu'il était impossible d'apercevoir entre l'utérus et le néoplasme une ligne de démarcation.

4 fois la tumeur était située dans la paroi antérieure du col, il y avait coexistence de fibro-myômes du corps, 2 fois dans la paroi postérieure Parmi les symptômes constants des fibro-myômes cervicaux, se rangent les hémorrhagies en dehors des époques cataméniales, la ménorrhagie, et les écoulements séro-muqueux. Dans 3 cas, les règles étaient douloureuses.

D'après l'auteur, le diagnostic est la plupart du temps facile ; en quelques cas, rares il est vrai, il est absolument impossible.

Quant à la technique opératoire, en voici les principaux points :

Après ouverture de l'abdomen, ligature des annexes des deux côtés ; décollement de la vessie, application aussi basse que possible d'un lien élastique, auquel on fait faire de 2 à 3 tours autour de l'utérus et qu'on noue ensuite ; pas de pinces à constriction ; division de la capsule de la tumeur et énucléation jusqu'au lien élastique. Les bords de la plaie utérine sont saisis dans des pinces hémostatiques ; élévation légère du lien élastique et énucléation au niveau de la lèvre du col ; drainage de la cavité, fixation définitive du lien élastique ; amputation du corps de l'utérus ; fixation dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Occlusion de l'abdomen au moyen de sutures profondes et superficielles avec de la soie préparée au sublimé. Pendant les premiers jours, badigeonnages deux fois par jour, de la surface du moignon avec du perchlorure de fer. L'auteur considère que si l'on a soin d'appliquer un grand nombre de sutures abdominales, il devient inutile de suturer le moignon au péritoine pariétal. (Cent. f. Gynäk., 1888, n° 6.)

**De quelques altérations de l'épithélium dans l'endométrite.** (Uber einige Weränderungen des Epithels bei endométritis), J. Heitzmann. — L'auteur a étudié les altérations de l'épithélium dans les affections inflammatoires de l'endométrium. En premier lieu, il a constaté la présence d'un nombre, remarquablement considérable, de cellules *caliciformes*, aussi bien dans les produits de sécrétion du col que de l'utérus, lorsqu'il existe un catarrhe de ces régions. L'épithélium est d'abord épaissi, et il se rapproche de la forme cubique. En outre, la cellule est plus pâle, transparente et comme gonflée. Plus tard, elle prend un aspect anguleux, montre des arêtes vives, et des prolongements extrêmement délicats, qui manifestement semblent s'irradier du corps de la cellule et du noyau. Le revêtement ciliaire tombe, et, à sa place, s'ouvrent des orifices arrondis, à travers lesquels s'échappe une portion de protoplasma, tandis que l'autre portion, située dans le fond de la cellule, persiste. On aperçoit des cellules à des stades divers de leur transformation, tantôt isolées, tantôt formant des colonies. Les cellules *caliciformes* correspondent à des phases d'un processus de dégénérescence de l'épithélium. L'étude de ce processus donne l'explication de l'abondance de la sécrétion, pour les cas où les glandes sont restées à peu près complètement intactes.

Dans l'endométrite hémorrhagique, on trouve une autre altération de l'épithélium, due également à un accroissement rapide sous la dépendance lui-même de conditions pathologiques de nutrition. L'altération caractéristique consiste dans l'augmentation considérable en longueur, jusqu'à trois fois la longueur normale. On la constate surtout immédiatement avant la menstruation. Au début, les cils vibratiles persistent encore ; plus tard, ils tombent partiellement. A l'extrémité opposée, « partie fondale de la cellule », on constate un prolongement soit simple, soit double, ou bien un

# VARIÉTÉS

**Cours d'accouchements.**

MM. les Drs Boissard et Varnier commenceront au mois de novembre un **cours démonstratif d'accouchements.** Un avis ultérieur indiquera la date exacte de l'ouverture et le programme du cours.

On peut s'inscrire dès à présent à la librairie G. Steinheil, 2, *rue Casimir-Delaviyne.*

---

Les Annales de Gynécologie ont reçu :

**Ovarite et kystes de l'ovaire,** étude clinique et anatomo-pathologique, Dr P. Petit.

**Pyélite chronique** (Chronic pyelitis), N. Bozeman.

**Ténesme rénal** (Renal Tenesmus), N. Bozeman.

**Traitement préparatoire graduel des complications des fistules urinaires et fécales chez la femme.** (The gradual preparatory treatment of the complication of urinary and fecal Fistulœ in Women), N. Bozeman.

**Comptes rendus de la Société obstétricale de Londres.** — Obs. IV. 1887.

---

**Erratum :** Page 157, au lieu de l'*incision*, lire : l'*inaction*...

*Le gérant :* G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## NOTE SUR L'OPÉRATION D'EMMET OU TRACHÉLORRAPHIE

Par le Dr G. Mouzel (de Boulogne-sur-Mer).

Il n'est pas de médecin, se livrant tant soit peu à la pratique de la gynécologie, qui ne se soit trouvé aux prises avec un de ces états de subinvolution accompagnée de cellulite et de catarrhe chronique qui, résistant aux traitements les plus persévérants et les plus rationnels, font le désespoir des malades et de leur médecin.

Le point de départ remonte à un accouchement laborieux avec ou sans application de forceps, ou parfois à une délivrance trop rapide. Petit à petit tous les symptômes se sont aggravés au point de rendre la femme presque infirme et d'empoisonner son existence.

Étendue dans son lit ou sur une chaise longue elle n'a qu'une souffrance relative et se plaint de phénomènes généraux, communs à beaucoup d'affections utérines : vapeurs ; nervosisme exagéré ; hypochondrie ; paresse ; répugnance à tout effort ; facilité particulière à pleurer et à prendre au tragique les mille petites contrariétés de l'existence ; changement de caractère toujours avec prédominance d'irritabi-

lité et de tristesse ; dyspepsie, tiraillements d'estomac avec dégoût de la viande et préférence marquée pour les sucrades, les cornichons, la salade, etc., constipation ; lassitude avec douleurs vagues entre les épaules et dans les reins. Debout, la scène change sans s'améliorer : l'aspect est nonchalant, découragé ; la femme traîne ses pieds par crainte, en levant les jambes, d'augmenter les douleurs ressenties dans le bas-ventre. En public, elle se contraint, mais seule, elle va courbée en deux, appuyant souvent la main ou le bras sur le ventre pour soulager les vives douleurs qu'y provoque la marche ; elle accuse en plus une sensation de pesanteur des plus pénibles.

Un examen plus intime montre une leucorrhée âcre, abondante, déterminant chez beaucoup, surtout chez les herpétiques, de l'intertrigo du haut des cuisses, au toucher l'utérus est douloureux, le col est dur, inégal, souvent érodé et baigné d'une sécrétion visqueuse ; mais sa forme surtout est caractéristique. il est énorme, étalé en champignon et son ouverture au lieu d'être au milieu est manifestement sur le côté, presque en dehors. Ce volume et cette forme insolites du col frappent encore plus par le toucher bimanuel, l'utérus est souvent dévié, plus gros qu'à l'état normal, mais la disproportion existant entre le corps et le col fait paraître ce dernier encore plus gros. On trouve, dans les culs-de-sac, de la cellulite ou des traces de cellulite, et une sensibilité maladive dans les régions ovariennes.

Le spéculum confirme les constatations faites par le doigt, mais selon l'instrument employé et l'habileté de l'opérateur, il donne des notions erronées ou montre ce qui existe réellement, c'est-à-dire un large col étalé couvert d'ulcérations, souvent de bosselures, porté presque entièrement dans le cul-de-sac opposé à l'os qui s'ouvre près du bord d'où partent deux lèvres épaisses enroulées en dehors, parfois l'ouverture du col est au milieu, mais, dans ce cas, il est le centre d'une double ou de multiples déchirures d'où partent des lèvres épaisses et étalées.

Ces malades sont atteintes de déchirure du col avec subinvolution ayant amené, outre les érosions et la leucorrhée, de la métrite chronique accompagnée le plus souvent d'adénolymphite péri-utérine. Cette lésion avait été reconnue depuis longtemps par tous les chirurgiens, mais aucun jusqu'à Emmet n'avait songé à lui attribuer les symptômes qu'elle provoque, aucun n'en avait fait une entité morbide et n'avait vu qu'elle est la cause des changements survenus dans la circulation et dans l'innervation utérine ; personne n'avait pensé à lui opposer une opération rationnelle restituant les choses ad integrum en restaurant la déchirure du col afin de faire disparaître les symptômes qu'elle avait fait naître.

C'est pendant l'automne de 1862 qu'Emmet pratiqua sa première trachélorraphie et c'est seulement le 8 février 1869 qu'il fit paraître son premier mémoire sur ce sujet, dans une lecture à la Medical Society of the County of New-York (1). Accueillie avec enthousiasme en Amérique, l'opération nouvelle eut plus de peine à faire son chemin dans l'ancien monde. Après une traduction du mémoire d'Emmet par Vogel et une critique favorable du professeur Breisky (2) elle fut acceptée en Allemagne ; les Anglais s'y rallièrent mais non sans réserves; en France malgré le travail de M. Desvernine (3), les succès opératoires et thérapeutiques de M. Tarnier et M. Peyrot (4), le compte rendu sommaire et défavorable d'un mémoire d'Ely Van de Warker dans le Bulletin de thérapeutique (5), les travaux de M. Vulliet de Genève (6), de MM. Marchand et de Schwartz (7), un mémoire

(1) EMMET. Surgery of the Cervix (*Amer. Journ. of. obst.* Febru. 1869.
(2) BREISKY, in Prag. *Wiener med. Wochenschrift*, nos 49 *bis*, 51, 1876
(3) DESVERNINE, Thèse de Paris, 1879.
(4) FAGE. Thèse, Paris, 1881.
(5) *Bulletin général de thérapeutique*, t. CV, p. 266.
(6) *Archives de gynécologie*, décembre 1884, p. 1000.
(7) *Dictionnaire* de Jaccoud, t. 37, p. 903.

gereuses que ne l'étaient certaines cautérisations telles qu'elles étaient pratiquées autrefois. Ces raisons ne seraient cependant pas déterminantes si les troubles engendrés dans l'utérus et ses annexes par la déchirure profonde du col pouvaient se guérir par un autre traitement sans opération sanglante. Mais pour faire pénétrer la conviction dans l'esprit de nos lecteurs, il est indispensable d'étudier d'abord la déchirure, ses causes ; sa fréquence ; ses conséquences ; les indications et les dangers de la trachélorraphie ; et enfin l'opération elle-même avec les soins qu'elle comporte.

*Causes.* — Les déchirures du col sont le résultat de l'accouchement, ou mieux de tout effort agissant dans le col de dedans en dehors avec trop de brusquerie ou de brutalité pour lui permettre de se dilater uniformément, et avec assez de force pour en amener l'éclatement. Cet accident assez fréquent dans les accouchements à terme serait, d'après Emmet, la règle dans les avortements criminels (1). Pourquoi ? Sans en donner la raison il ajoute : « J'ai trouvé le col déchiré dans tous les cas où la malade a avoué qu'elle avait été soumise à des manœuvres illicites ». Les accouchements rapides, l'application du forceps, les efforts inconsidérés faits par certaines femmes dans la période d'expulsion doivent être incriminés et déchireront le col bien plus souvent qu'un travail laborieux, si par laborieux on entend principalement la durée, sans qu'en dehors de cela il soit rien survenu d'anormal. Peut-être pourrait-on songer également aux latéro-positions de l'utérus qui doivent favoriser l'éclatement du col. En effet, le col étant incliné de côté, s'il n'a été, ainsi que l'utérus, ramené dans l'axe du canal pelvien, un de ses côtés doit forcément se dilater plus que l'autre, et quand une partie fœtale descend et tend à s'engager, elle appuiera davantage sur ce côté, elle s'en coiffera, et s'il n'est pas doué d'une élasticité suffisante, ou si un effort survient brusquement, il se rompra. Il est une autre cause dont nous

(1) Emmet. *Pratique des maladies des femmes*, traduction d'Olivier, p. 439.

avons été témoin : C'est la brusque descente de la tête entraînant et fixant la lèvre antérieure entre elle et le pubis.

C'était chez une primipare dont le travail rapide était même accru par les efforts violents de la parturiente. La tête avait entraîné la lèvre antérieure épaisse et turgescente qu'elle serrait contre le pubis. Les douleurs se suivaient sans relâche, il ne fallait pas penser à repousser la lèvre antérieure prise comme dans un étau. Tout d'un coup, sous l'influence d'une douleur plus énergique accompagnée d'un effort, la tête descendit, et il s'écoula un petit jet de sang. Ces détails nous furent donnés par la sage-femme très intelligente qui assistait l'accouchée. Nous fûmes appelé sept jours après, la femme avait une forte fièvre, un point très douloureux dans la fosse iliaque gauche et les lochies s'étaient arrêtées. Au toucher nous constatâmes une déchirure du col à gauche, et dans le cul-de-sac latéral gauche une tuméfaction grosse environ comme un petit œuf et très douloureuse. Des injections intra utérines d'abord, vaginales ensuite, de liqueur de Van Swieten coupée de moitié d'eau bouillie, des compresses sur la vulve trempées dans le même liquide firent rapidement cesser tous les accidents. Ce cas nous a paru très net. La lèvre antérieure étant fixée entre la tête et le pubis, c'était autant de perdu pour la dilatation qui devait se faire au dépend du reste du col d'où distension exagérée ; outre cela, la lèvre antérieure étant fixée en bas, le col ne pouvait pas remonter au-dessus de la tête comme il le fait normalement ; la partie restée libre était tirée en haut par les contractions utérines qui épuisaient tous leurs efforts sur elle, la partie fixée était refoulée en bas et en dehors par la tête qui descendait, la mère ayant accompagné une douleur d'un effort puissant, la tête franchit le col en le faisant éclater.

II. — Quoi qu'il en soit, les lacérations du col ont une gravité qui dépend en grande partie de leur profondeur et de leur situation. Sur 164 cas analysés par Emmet (1), la

(1) *Loc. cit.* p. 438.

déchirure était 67 fois à gauche, 23 fois à droite, 50 fois des deux côtés, 4 fois en arrière, 11 fois circulaire et 9 fois le siège précis n'a pas été déterminé.

La lésion existant presque toujours sur les côtés du museau de tanche : 140 fois sur 164 cas ou mieux sur 155 puisque 9 fois le siège de la déchirure n'a pas été noté, n'est-on pas en droit de conclure à priori que les déchirures de la lèvre antérieure et de la lèvre postérieure se réunissent spontanément quand elles arrivent ou qu'elles ne se produisent qu'infiniment rarement? D'après MM. Hart et Barbour (1) la cause viendrait de ce que : « les grands diamètres de la tête fœtale sont le plus souvent placés suivant le diamètre oblique gauche du bassin et que l'extrémité la plus large du coin correspond au front... Nous avons trouvé des déchirures en avant et à droite dans les cas où il y avait eu une présentation du sommet en position occipito-iliaque droite antérieure ». Pour ces auteurs, la lésion serait donc produite par une partie de la tête fœtale, toujours la même : le front, et son siège dépendrait de la présentation. Cette explication peut-être bonne, nous ne pensons pas cependant qu'elle puisse s'appliquer à tous les cas. Le col étant un anneau élastique appliqué sur une surface mousse : la tête se dilate par suite des contractions des fibres longitudinales de l'utérus qui l'attirent en haut et en dehors (2). Bien que la tête ne soit pas exactement ronde, la force dilatatrice doit se répartir uniformément sur tout le pourtour du col par suite de son élasticité, nous ne parlons bien entendu que des cols sains, exempts d'induration ou de dégénérescences partielles, dans ces conditions la rupture se fera fatalement au point où la résistance sera moindre.

N'est-il pas d'abord permis de penser que ce qui se passe pour la vulve doit se passer également pour le col? quand la tête fait effort sur la vulve, si dans l'intervalle d'une contraction on la refoule doucement en arrière, la tête se dégage

(1) *Manuel de gynécologie*, traduct. Crouzat, p. 307.

(2) Dumas. *Annales de gynécologie*, t. XXIV, p. 288 et suiv.

en laissant l'anneau intact, celui-ci pouvant utiliser toutes ses ressources élastiques à sa dilatation excentrique. Si au contraire le dégagement de la tête a lieu au milieu de douleurs expultrices violentes qui, tout en dilatant excentriquement la vulve, la dilatent également longitudinalement en l'allongeant, les fibres musculaires tiraillées en tous sens ne suffisent plus à la dilatation, l'anneau aminci se fend et le périnée court grands risques. Il doit en être de même pour le col avec cette circonstance aggravante que quand il descend avec la tête, la lèvre antérieure se trouve fixée contre le pubis et que tout l'effort est alors supporté par les parties latérales et postérieures.

Cette explication ne fut-elle pas suffisante ; chez les multipares, le col est ouvert en une fente transversale et aux deux angles les tissus ont une épaisseur moindre que dans les autres parties. Chez les primipares, le col d'abord conique et percé au centre d'une simple dépression, s'aplatit sur la fin de la grossesse ; la dépression s'agrandit, devient une fente et se trouve à peu près dans les mêmes conditions que chez une femme qui a eu des enfants. Il est donc permis de lui appliquer les mêmes remarques et puisque la moindre résistance se trouve aux angles, c'est là où doit se produire la rupture quand elle a lieu.

Le mal étant fait, ce qui se passe dans les jours qui suivent l'accouchement doit favoriser la réunion des déchirures antérieures ou postérieures, et contrarier la réunion des déchirures transversales. Après l'accouchement, le col béant et flasque s'aplatit pour reprendre progressivement sa forme définitive : une fente transversale séparant la lèvre antérieure de la lèvre postérieure réunies aux deux angles par une épaisseur de tissus moindre. Il n'est ici question que de l'orifice externe bien entendu

Dans ces conditions, une déchirure aura bien plus de chances de se réunir si elle existe aux lèvres antérieure ou postérieure que si elle siège aux angles. Un cylindre mou d'une certaine épaisseur, s'aplatissant transversalement, les

déchirures du milieu des deux lèvres s'affronteront naturellement ; aux angles au contraire les plaies se dérouleront en dehors. Elles pourront s'affronter au niveau de la rupture de la muqueuse intra-cervicale, mais plus en dehors, dans l'épaisseur même de la plaie, les surfaces s'éloigneront d'autant plus que le cylindre s'aplatira davantage, et elles laisseront entre elles une encoche représentée par un angle dont le sommet serait à la rencontre de la muqueuse cervicale déchirée et l'ouverture en dehors. Prenez un tube de caoutchouc, donnez deux coups de ciseaux à droite et à gauche, aplatissez-le progressivement et vous aurez la démonstration de ce qui précéde. Le travail de réparation en sera plus difficile et vienne à l'encontre un peu de septicémie, de lochies purulentes, un manque de soins antiseptiques, les plaies suppureront, se cicatriseront isolément, retentiront douloureusement sur l'utérus et ses annexes, et commenceront la longue série de maux dont souffrent les femmes atteintes de déchirure profonde du col.

III. — Nous accusons la septicémie d'être une cause active de cicatrisation isolée des déchirures, Emmet va plus loin et prétend que n'était la septicémie toutes les lacérations du col se répareraient seules « une étude soigneuse des observations des cas que j'ai observés pendant les cinq dernières années et qui finalement ont exigé une opération, nous apprend qu'une déchirure du col, bien qu'étendue, se cicatrise rapidement sans présenter de symptômes rebelles, à moins qu'il n'y ait eu empoisonnement du sang... S'il en est ainsi, on peut se demander jusqu'à quel point les soins donnés de bonne heure par l'accoucheur peuvent rendre inutile et très limitée la nécessité de faire ultérieurement une opération pour la réparation de cette lésion » (1). Nous admettrions volontiers cette opinion pour les petites déchirures ou pour celles qui siègent sur les parties antérieures ou postérieures du col, mais pour les raisons mécaniques exposées plus

(1) Emmet. *Loc. cit.*, p. 448.

haut, nous ne pensons pas que la septicémie suffise à expliquer la persistance des lacérations latérales, surtout quand elle sont profondes. La forme et l'état des parties ont alors une influence prédominante pour empêcher la coaptation des lèvres de la plaie et pour en amener la cicatrisatison isolée. Emmet lui même le reconnaît puisqu'il ajoute à la page suivante : « lorsque la déchirure a une direction latérale, et s'étend au delà du pourtour du col dans le tissu connectif, il se produit un état qui déjoue tous les efforts réparateurs de la nature. » Les déchirures du col au moment de l'accouchement ont donc une gravité en rapport surtout avec leur profondeur et leur siège, les lacérations profondes et les lacérations latérales étant presque les seuls qui soient suivies d'un état pathologique nécessitant plus tard une opération : la trachélorraphie. Il est vrai que cet état serait évité si le conseil de M. Kaltenbach était suivi : « Les indications de cette opération se trouveront limitées si, suivant la proposition de Kaltenbach, on fait la suture immédiatement après la formation des déchirures profondes du col » (1). Mais cela est affaire aux accoucheurs ; une déchirure cicatrisée isolément étant donnée et entraînant un état pathologique grave, nous n'avons pas à voir ce qui aurait pu être fait pour le prévenir, mais bien ce que nous pouvons et ce que nous devons faire pour le guérir.

*Fréquence.* — Emmet prétend : « qu'il n'est pas de femme qui puisse mettre au monde un enfant sans qu'il se produise une déchirure ; mais que la règle est qu'elle se cicatrise rapidement et sans donner lieu à aucun ennui dans la suite » (2). Ces idées sont sages et nous sommes loin de la statistique humoristique rapportée par M. Eustache dans son excellent mémoire : « le docteur Hugues Wells nous fait observer que le dernier recensement des États-Unis a donné un chiffre de

(1) *Gynécologie opératoire.* HEGAR et KALTENBACH. Traduct. BAR, p. 453.

(2) EMMET. *Loc. cit.*, p. 448.

7,600,000 femmes entre 20 et 40 ans. Sur les 7,600,000 femmes susceptibles de devenir mères, 1,175,000 doivent le devenir d'après les tables de fertilité dressées par Mathews Duncan, et par conséquent 117,500 doivent être trachélorraphiées » (1). Il n'est pas étonnant que des statistiques aussi surprenantes aient jeté un certain froid et amené un peu d'incrédulité chez les chirurgiens de l'ancien monde, surtout si on y ajoute la plaisante interprétation donnée sérieusement par le Dr Wyllie de New-York (2) : « Il est avéré que les Américains sont plus intelligents que les Européens ; dès lors, leur crâne est plus volumineux, et par conséquent les déchirures du col seront plus fréquentes ». Le Dr Wyllie est-il certain de prouver par ses conclusions ce qu'il avance dans ses prémisses ? nous l'en laissons juge.

L'imagination est une belle chose, mais les Américains en ont un peu abusé dans le sujet qui nous occupe et Emmet le premier, après lui Mundé ont fait leurs efforts pour tempérer l'enthousiasme inconsidéré et pour défendre une opération utile, compromise par ces excès. En Amérique on a abusé de la trachélorraphie, en Europe, surtout en France, on l'a trop négligée. La vérité se trouve entre les extrêmes et il nous paraît démontré que dans certains cas l'opération d'Emmet doit être pratiquée et que seule elle peut ramener à la santé.

Il a été fait trop peu de ces opérations en Europe, une vingtaine à peine ont-été publiées (3), pour qu'on y puisse dresser des statistiques, il faut nous contenter de celles venues d'au delà de l'Atlantique. Voici celles que nous donne M. Eustache et qu'on peut trouver dans les publications Américaines (4) :

Parmi les femmes ayant eu des enfants :

---

(1) *Archives de tocologie*, septembre 1884, p. 689.

(2) *Observations on laceration of the* cervix uteri, its etiology, pathology prevention and treatement. *Amer. Journ. of obstetrics*. Janvier 1882.

(3) EUSTACHE. *Loc. cit.*, p. 685.

(4) EUSTACHE. *Loc. cit.*, p. 688.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sur | 500 | Emmet a trouvé | 164 | lacérations. Moyenne. | 32. 80/0 |
| — | 930 | Mundé..... | 293 | — — | 31.5 — |
| — | 456 | W. H. Baker..... | 135 | — — | 29.6 — |
| — | 395 | F. H. Davenport. | 139 | — — | 35.1 — |
| Total .. | 2281 | | 731 | | 32. 0/0 |

Il y aurait donc environ un tiers des femmes dont l'accouchement occasionnerait une déchirure assez grave pour nécessiter plus tard une intervention chirurgicale.

Le tableau suivant montre les lacérations du col observées par divers praticiens sur leurs clientes prises en bloc.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sur | 1560 | femm. examinées, | Mundé trouve | 293 | lacérations ; | moyen. | 18.8 0/0 |
| — | 992 | — — | W. H. Baker. | 133 | — | — | 13.3 — |
| — | 918 | — — | F. H. Davenport | 139 | — | — | 18.1 — |
| Total | 3470 | | | 565 | | | 16.3 0/0 |

Ces moyennes sont évidemment exagérées. Si toutes les femmes examinées avaient eu des accouchements particulièrement difficiles, avec forceps, etc. on pourrait peut-être les admettre, mais dans les accouchements physiologiques, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, les déchirures ne sont pas si fréquentes ou si elles se produisent, elles sont peu profondes, se guérissent spontanément et ne donnent lieu plus tard à aucun symptôme.

Quelle conclusion tirer de ces chiffres tout en faisant la part de leur exagération, sinon que la déchirure du col existe comme entité morbide et que dès lors elle nécessite un traitement spécial et le secours de la chirurgie. Du reste, quelque engouement qu'on leur suppose, des observateurs tels que MM. Emmet, Mundé, Baker, Davenport, Pallen, Goodell, Marcy, Nelson pour ne parler que des Américains, n'ont pas pu se tromper au point de voir une chose qui n'existerait pas. Ils exagèrent soit, cela n'empêche pas la chose d'exister, cela n'empêche pas que si nous voulons la guérir nous devons faire la seule opération rationnelle qui la guérisse : la trachélorraphie.

II. — Si la déchirure du col a été souvent méconnue chez nous, cela pourrait bien tenir aux instruments dont nous nous servons et à la manière dont nous examinons les malades. On reconnaît la lésion par le toucher, mais on a besoin de la voir, et la valve de Sims, ou un des spéculums qui en dérivent, étalant le vagin sans déformer le col et sans changer ses rapports, peut seule nous le montrer tel qu'il est. Les spéculums bivalves, Cusco et autres, les Fergusson, etc. modifient la forme du col, l'isolent des parois vaginales, nous font voir un col de convention dont nous pouvons constater les ulcérations ou les néoplasmes, jusqu'à un certain point le volume, mais dont nous ne pouvons pas apprécier la forme vraie et les rapports avec le vagin. Il est donc nécessaire, quand le toucher nous a fait reconnaître une solution de continuité dans le col, de nous servir d'une valve de Sims ou de Simon pour déplisser le vagin afin de laisser aux parties leur configuration vraie et de pouvoir juger de leur position et de leur forme. Il est alors facile, à l'aide de ténaculums fixés dans les lèvres, de les rapprocher en refoulant ainsi la muqueuse hypertrophiée et enroulée en dehors; de faire disparaître la surface ulcérée; d'apprécier exactement les limites de la déchirure, son étendue, son influence sur les lésions et l'état du col; de juger de la possibilité de coapter les bords séparés; en un mot de bien préciser son diagnostic et de prendre une détermination motivée pour le traitement.

*Conséquences.* — Bien que n'étant pas réunies, si les lèvres de la déchirure restaient l'une sur l'autre en conservant la forme générale du col, les inconvénients en seraient peu graves et cette difformité serait encore compatible avec la santé. Mais fatalement, petit à petit, les lèvres se déroulent en dehors, mettent au contact du vagin la muqueuse intra-cervicale qui s'érode, et la métrite chronique, l'inflammation des annexes de l'utérus et du tissu péri-utérin en sont la conséquence. Ici donc encore l'emplacement de la déchirure a une grande importance, puisque, selon la place qu'elle occupe, le col conservera sa forme et protégera la muqueuse

intra-cervicale, ou se renversera en ectropion et livrera l'arbre de vie au contact irritant du vagin (1). Emmet remarque en effet que ce sont les déchirures en arrière qui produisent le moins de trouble et : « seulement tard dans la vie, au moment ou le vagin change de forme » (2).

Différentes causes ont été invoquées pour expliquer l'ectropion résultant d'une ancienne et profonde déchirure du col. M. Roser (3), le comparant à l'ectropion cicatriciel des paupières, le croit amené par la rétraction cicatricielle. Emmet (4) combat cette opinion, prétendant avec raison que le retrait des cicatrices aurait pour effet d'enrouler le col plutôt que de le dérouler, et l'explication qu'il en donne nous paraît meilleure. « Les lambeaux du col se déroulent tout d'abord ou s'écartent en raison de ce que l'utérus volumineux repose sur le plancher du bassin et, lorsque l'obstruction de la circulation se produit, et que les follicules muqueux subissent la dégénérescence kystique, cet état s'exagère ». Plusieurs facteurs doivent concourir au même but, mais le plus important est l'inflammation de la muqueuse cervicale accompagnant la suppuration des lèvres de la déchirure et arrivant dans des tissus naturellement hypertrophiés par la grossesse, contus par l'accouchement, et où la moindre étincelle doit produire un incendie considérable. Le col étant fixé en haut à l'orifice interne, la muqueuse intra-cervicale irritée se gonflant, les œufs de Naboth s'hypertrophiant, elle

(1) Ces lignes étaient à l'imprimerie quand parut dans la *Semaine médicale* du 5 septembre 1888, page 345, une clinique faite à l'hôpital de la Maternité par le Dr Bouilly, et intitulée : *Déchirure et ulcération du col de l'utérus*. Nous ne pouvons que nous rallier sans réserve aux opinions si éloquemment exposées par l'éminent gynécologiste ; là est la vérité, là est l'avenir. Ces idées prudemment mises en pratique transformeront la gynécologie, et rendront la santé à une foule de malheureuses qui encombrent les cliniques et les cabinets des médecins, alors qu'un chirurgien les guérirait en quelques jours.

(2) Emmet. *Loc. cit.*, p. 437.

(3) Roser. *Archiv. fur Heilkunde*, II, *Jahrgang. Heft* 76, n° 298. Leipzig.

(4) Emmet. *Loc. cit.*, p. 436.

se trouve à l'étroit et ne pouvant se porter en dedans, elle s'épanouit au dehors où elle n'est bridée par aucune attache fixe. Elle ne peut s'accroître qu'en repoussant en dehors la partie vaginale du col et l'ectropion est formé, d'autant plus complet et plus volumineux que la muqueuse sera plus malade. La muqueuse intra-cervicale étale le col en corolle par suite de son irritation, puis étant en contact avec les parois vaginales elle s'irrite davantage et augmente d'autant l'ectropion. Nous avons alors un cercle vicieux, des phénomènes complexes comme il arrive souvent en pathologie : la cause amène l'effet qui devient cause à son tour. et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'un traitement efficace guérisse la malade en supprimant à la fois la cause et l'effet.

Cela nous amènera à dire tout à l'heure que la trachélorraphie ne suffit pas seule à guérir les cas invétérés de déchirure profonde du col. Elle est le moyen, la chose indispensable, mais elle a besoin d'adjuvants qui préparent et qui complètent son œuvre. Cela nous fait encore comprendre combien est vaine la prétention de certains gynécologistes qui croient pouvoir guérir l'ectropion et la déchirure du col par des cautérisations chimiques où ignées, par des pansements et des soins. A force de patience et d'habileté si leur cliente est riche et peut garder un repos prolongé, ils pourront diminuer l'hypertrophie de la muqueuse intra-cervicale, refréner les œufs de Naboth par le retrait de l'arbre de vie, reconstituer à peu près le col, faire disparaître momentanément la cellulite, les inflammations des annexes; mais la cause première du mal : la déchirure subsistant toujours, dès que la malade reprendra ses occupations, cessera les soins de son médecin, elle verra petit à petit tous les symptômes revenir et se retrouvera comme devant. Nous ne parlons pas ici bien entendu des encoches légères qui sont justiciables du traitement préconisé par le prof. Verneuil, et guérissent par de simples attouchements avec le cautère Paquelin; nous n'avons en vue que les déchirures profondes avec ectropion volumineux qui mettent dans l'alternative

ou de supprimer le col ou de le restituer ad integrum. Entre ces deux moyens, nous n'hésitons pas à préférer l'intervention la plus rationnelle et la plus bénigne : l'opération d'Emmet.

(*A suivre.*)

---

# DE LA PONCTION DE L'UTÉRUS

## PAR LA PAROI ABDOMINALE DANS L'HYDROPISIE DE L'AMNIOS

Par le Dr **Gabriel Lepage**, ancien interne des hôpitaux.

## I

Lorsque l'hydropisie de l'amnios prend des proportions considérables, elle devient d'un diagnostic très difficile ; elle masque même parfois la grossesse, en produisant une distension exagérée de la paroi abdominale. Il est alors presque impossible par le palper de délimiter l'utérus et de reconnaître l'existence des parties fœtales ou de percevoir seulement le *ballottement* ; sans compter que l'auscultation ne fournit le plus souvent que des renseignements négatifs.

C'est surtout lorsque cette exagération dans la quantité du liquide amniotique se fait rapidement, dans les cas d'*hydramnios aiguë*, alors que la grossesse n'a pu être affirmée par un examen antérieur, que surgissent dans la pratique de grandes difficultés ; il y aurait cependant un intérêt capital à établir le diagnostic de la grossesse et de sa complication, puisque le médecin peut être appelé à intervenir pour parer à certains accidents (dyspnée, cyanose, anasarque, etc.). C'est dans ces cas, qu'a été pratiquée la ponction de l'utérus gravide à travers la paroi abdominale, ponction qui est en même temps exploratrice et palliative.

M. Tillaux en a publié (1) une observation très intéressante ; nous la résumerons en la faisant suivre d'un autre cas que nous avons eu la bonne fortune d'observer en 1886 à la

(1) *Gazette des hôpitaux*, 14 août 1886.

Maternité de Lariboisière, dans le service de notre excellent maître, le Dr Pinard.

II

La malade de l'Hôtel-Dieu était une femme de 37 ans, parfaitement constituée, qui arrivait avec un ventre tellement énorme qu'elle avait peine à respirer. Elle pensait être enceinte depuis cinq mois environ, n'ayant pas été réglée dans cet intervalle de temps.

Mariée en 1875, cette femme a déjà eu quatre grossesses : elle accoucha pour la première fois en 1876 d'un enfant très robuste, mais qui mourut du croup vers l'âge de treize mois. La seconde grossesse, qui eut lieu en 1877, fut gémellaire : ces deux jumeaux ne vécurent que vingt jours. Les deux derniers enfants, deux garçons, nés l'un en 1879, l'autre en 1880 vivent encore et jouissent d'une santé parfaite. Les couches furent toujours faciles, normales, sans accident d'aucune sorte. Cependant, depuis le dernier accouchement, cette femme est devenue très sensible au froid : dès que le ventre se refroidit, il devient gros, douloureux. Peu de temps avant l'entrée à l'hôpital, il prit d'une manière rapide un développement considérable qui, en refoulant le diaphragme, menaçait la malade d'asphyxie ; d'après les renseignements fournis par cette femme et les personnes qui l'accompagnaient, on pouvait penser qu'il existait une tumeur remontant à plus de cinq ou six mois.

Cette tumeur était pleine de liquide : sur la plus grande partie de sa surface, il suffisait de percuter légèrement un point quelconque pour donner nettement la sensation de flot vers l'autre extrémité du même diamètre. Toutefois sur une certaine étendue, la consistance n'était plus la même : on avait la sensation d'une saillie distincte, limitée sur ses bords par une espèce de sillon. Cette sensation est exactement celle que donnent souvent certains kystes ovariens multiloculaires : on était confirmé dans cette pensée par ce fait qu'à gauche, dans une région au moins aussi large que la paume de la

main, un coup léger frappé sur la surface de la tumeur ne faisait plus percevoir aussitôt le choc spécial de l'onde liquide sur les doigts appliqués à droite. Cet ensemble de signes rendait peu probable l'hypothèse d'une hydropisie de l'amnios qui fut discutée.

Il est vrai que le lendemain M. Tillaux ne découvrit plus ni saillie, ni sillon, ni différence de résistance ; la tumeur était devenue parfaitement unie et tous les points qu'on percuta sur les deux tiers supérieurs de sa surface donnèrent également lieu au phénomène du flot : ce qui ramenait à la pensée d'une tumeur uniloculaire.

Une opération était devenue absolument urgente. La malade, assise sur son lit, étouffant, violacée, ne pouvant plus ni dormir, ni manger, souffrant beaucoup, était exposée à succomber à l'asphyxie : elle demandait qu'on la soulageât le plus tôt possible.

M. Tillaux, en raison des commémoratifs, des signes constatés, sans rejeter absolument l'hypothèse d'une hydropisie de l'amnios, pensait plutôt que cette tumeur était un kyste de l'ovaire, auquel la grossesse avait donné un coup de fouet qui en avait rendu le développement beaucoup plus rapide.

Une ponction était d'ailleurs l'opération à la fois la plus simple et la plus efficace pour atténuer la gêne de la respiration ; cette ponction fut faite au moyen d'un trocart ordinaire de trousse; elle donna issue à un liquide très transparent, très clair, d'une couleur légèrement jaunâtre, mais dont la grande limpidité, l'absence complète de viscosité, faisait penser plutôt au liquide de l'amnios qu'à toute autre chose. En conséquence M. Tillaux, tout en laissant couler le liquide, appliqua largement la paume de la main sur la surface de la tumeur ; tout à coup il sentit un choc tel qu'en cause un mouvement fœtal : à peu près au même instant la tumeur entière se durcit, s'arrondit, se contracta, comme fait l'utérus lorsque commence le travail de l'accouchement. La malade d'ailleurs accusait des douleurs semblables aux premières douleurs d'une femme en couches. Cette énorme tu-

meur, contenant au moins une vingtaine de litres de liquide, était donc bien l'utérus lui-même, ainsi dilaté dès le sixième mois par une hydramnios suraiguë.

M. Tillaux pensa que la meilleure conduite à tenir était de diminuer le liquide amniotique, tout en en laissant encore assez pour que l'enfant y pût rester dans des conditions à peu près normales. Après avoir retiré sept litres de liquide amniotique, il enleva vivement le trocart et obtura la piqûre au moyen de collodion. Pour faire cesser les contractions de l'utérus, on fit une injection sous-cutanée d'un demi-centigr. de morphine et on administra un lavement laudanisé. « La malade se trouvait extrêmement soulagée; elle respirait maintenant à l'aise; elle pouvait s'étendre dans son lit sans suffoquer; elle pouvait dormir et manger. Aujourd'hui le mieux se continue. La face n'est plus comme le premier jour, violacée, vultueuse; mais au contraire, calme et reposée. Les mouvements de l'enfant sont sentis par la mère, plus fréquents, plus forts que jamais. On est donc en droit d'espérer que la grossesse se continuera jusqu'à son terme naturel. »

Ces espérances ne se sont pas réalisées; grâce à l'extrême bienveillance de M. Tillaux et à l'obligeance du Dr Hénocque, qui avait également vu la malade, nous avons pu avoir quelques renseignements sur ce qui s'est passé ultérieurement chez cette femme. Le Dr Dumouly, médecin habituel de cette malade, écrit à la date du 8 mars 1887, que « cette femme a été accouchée pendant les vacances par une sage-femme. Elle avorta de deux jumeaux volumineux de 6 mois environ. Il y avait une grande quantité de liquide amniotique. Les membranes ne furent pas examinées spécialement ». C'est donc quelque temps (un mois au plus) après la ponction que cette femme accoucha prématurément, l'opération ne semble pas avoir été la cause déterminante de cet accident qu'il est plus rationnel d'attribuer à la grossesse gémellaire et à l'hydropisie de l'amnios, deux causes toutes deux également efficaces dans notre observation personnelle qui suit :

*Grossesse gémellaire.* — Hydropisie de l'amnios de l'un des deux œufs. Impossibilité de faire le diagnostic avant la ponction. Ponction et évacuation de dix litres de liquide. Accouchement prématuré.

La nommée C... Marie, âgée de 34 ans, ménagère, entre le 25 juin 1886, à la Maternité de Lariboisière, salle Sainte-Anne, lit n° 4.

Cette femme a eu déjà quatre grossesses normales qu'elle mena à terme. Les quatre accouchements furent spontanés.

Enceinte pour la cinquième fois en 1886, elle a eu ses dernières règles le 18 janvier.

Depuis lors elle n'a jamais perdu ni sang, ni eau. Vers le 24 avril, elle remarqua que son ventre prenait un développement rapide, et depuis ce moment continu. C'est depuis cette époque qu'elle éprouve des douleurs très vives au niveau des hypocondres. Ces douleurs sont devenues tellement intenses, que depuis un mois, cette femme ne peut dormir. Pas de troubles de la miction, sinon que l'urine est moins abondante. Constipation opiniâtre.

La gêne de la respiration qui a débuté en même temps que l'augmentation de volume du ventre est très marquée depuis trois semaines, surtout pendant la marche ou l'ascension d'un escalier.

Le développement du ventre et la gêne qui en résulte ont déterminé cette femme à entrer à la Maternité. A l'examen on ne constate ni œdème des membres inférieurs, ni la présence d'albumine dans les urines.

Le ventre présente un volume plus considérable que chez une femme à terme.

Sa conformation est régulière. La circulation collatérale est assez développée sur la totalité de la paroi abdominale, notamment dans la région sus-ombilicale. Pas de vergetures : la peau est luisante, tendue. La dépression ombilicale a disparu.

Par la percussion on constate de la matité sur toute la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Il n'y a de résonnance que dans la région épigastrique et de chaque côté au niveau des flancs.

Le palper ne fait reconnaître aucune partie fœtale, le 24 juin, alors que le 21, M. Lepage examinant cette femme à la consultation, avait obtenu nettement le ballottement et entendu les pulsations fœtales. Mais depuis ce moment, la tumeur a considérablement augmenté.

Les battements du cœur sont difficilement perçus.

Par le toucher, M. Pinard constate que le col est ramolli, fortement porté en avant près de la symphyse pubienne, mais que le segment inférieur n'est pas tendu comme il devrait l'être dans un cas de grossesse simple avec hydropisie de l'amnios.

Le palper pratiqué à diverses reprises et plusieurs fois ne permet pas de surpendre la moindre contraction de l'utérus. Il est vrai que la tension de la paroi abdominale est telle qu'on ne peut nettement délimiter le fond de l'utérus.

M. Pinard constatant que la dyspnée n'est pas très intense et que le principal accident est l'insomnie complète, se contente de soumettre la femme au régime lacté exclusif et prescrit 2 gr. d'iodure de potassium par jour sans toutefois fonder beaucoup d'espoir sur cette médication.

Il n'a recours à aucune autre intervention, dit-il, car il ne pourrait la préciser, ne sachant encore si c'est une grossesse simple, coexistant avec une tumeur, ou une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios d'un des œufs.

Le seul effet apparent du traitement est l'augmentation dans la quantité des urines. Le 25 juin, la femme urine un litre et demi. L'urine ne renferme ni sang, ni albumine, mais le 28 et le 29 juin, la quantité retombe à 800 gr. La femme souffre continuellement. Il n'y a pas un instant de sommeil, cette femme reste debout ou assise nuit et jour, la défécation est impossible.

Le 30. Les douleurs sont telles que cette femme pleure constamment. Des injections de 1 centigr. de morphine au nombre de trois et quatre dans les vingt-quatre heures, procurent seules un peu de soulagement.

La situation devient intolérable, et M. Pinard se décide à intervenir le 1er juillet.

Les mensurations de l'abdomen pratiquées à différentes reprises ont donné les chiffres suivants :

| | AVANT LA PONCTION | | | APRÈS LA PONCTION | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 26 juin | 28 juin | 1er juil. | 3 juil. | 10 juil. | 18 juil. | 31 juil. |
| Circonférence au niveau de l'ombilic.. ..... | 106 | 107 | 109 | 92 | 100 | 95 | 79 |
| Circonférence à égale distance de l'ombilic et du pubis..... | 99 | 100 | 104 | 88 | 99 | 93 | 77 |

| | AVANT LA PONCTION | | | APRÈS LA PONCTION | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 26 juin | 28 juin | 1er juil. | 3 juil. | 10 juil. | 13 juil. | 31 juil. |
| Circonférence à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde... | 103 | 107 | 105 | 84 | 90 | 89 | 70 |
| Distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde... | 31 | 33 | 33 | 23 | 26 | 26 | 20 |
| Distance de l'ombilic au pubis..... | 24 | 23 | 24 | 19 | 20 | 20 | 16 |
| Distance de l'ombilic à l'épine iliaque ant. sup. droite..... | 28 | 28 | 28 | 22 | 22 | 22 | 16 |
| Distance de l'ombilic à l'épine iliaque ant. sup. gauche..... | 28 | 28 | 28 | 22 | 22 | 22 | 16 |

A l'examen du 1er juillet le palper pratiqué alors avec le plus grand soin ne permet de reconnaître qu'un ballottement léger perçu au-dessous de l'ombilic. Sur toute la région supérieure de cette tumeur énorme on ne perçoit rien.

Il est impossible de trouver en un point quelconque, tellement la paroi abdominale est tendue, une différence de consistance.

Au toucher le col est ramolli, et le ballottement est facilement perçu.

En introduisant son doigt dans le col jusqu'au delà de l'orifice interne, M. Pinard constate que les membranes qui sont en contact avec son doigt ne sont nullement tendues.

En présence de ces constatations, M. Pinard ne veut pas rompre les membranes au niveau du col, hésitant toujours entre la grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios d'un seul œuf et une grossesse simple coexistant avec une tumeur; il pratique une ponction en enfonçant à 8 centimètres à gauche et au-dessus de l'ombilic, un trocart n° 2 de l'appareil Potain.

Il s'écoule un liquide de couleur citrine; le trocart paraît être libre dans une vaste cavité. Lorsque cinq litres de liquide sont retirés, on voit et on sent l'utérus se contracter et immobiliser le trocart. Puis au fur et à mesure que l'évacuation continue, on constate l'existence de parties fœtales dans la région supérieure, puis bientôt on peut percevoir deux têtes dans l'utérus.

Le diagnostic ne faisait plus de doute. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec hydropisie d'un œuf.

L'aspiration dure une heure environ et permet d'évacuer vingt litres et demi de liquide amniotique.

Voici l'analyse de ce liquide, telle qu'a bien voulu nous la donner notre savant ami le Dr Patein, pharmacien en chef de Lariboisière :

Quantité, 8 litres.

Couleur jaune pâle.

Densité : 1.007.

Réactiou, très faiblement alcaline.

Urée et glucose. Néant.

Matières fixes : 12 gr./000. { Matières minérales, 8 gr. 70. Matières inorganiques, 3 gr. 30.

Matières albuminoïdes, 0 gr. 90.

Les matières minérales sont formées surtout de *chlorures*.

*Traces* de chaux, magnésie, d'acide sulfurique.

Pas d'acide phosphorique.

Examen microscopique du dépôt floconneux blanchâtre : débris épithéliaux pavimenteux.

Corps granuleux et globules graisseux.

Après l'évacuation du liquide on met du collodion sur l'orifice externe de la ponction, puis un bandage avec compression ouatée est appliqué sur le ventre.

Pas de vomissements dans l'après-midi ; les urines sont sanguinolentes.

Le 2 juillet, Temp. 36°,6 ; temp. soir, 37°. Urines, 1 litre. La femme se sent très bien.

Le 3 juillet. Temp. 36°,6 ; temp. soir, 37°.

Par le palper on constate facilement la présence de deux têtes qui ballottent au fond de l'utérus. Mais on n'entend qu'un seul foyer d'auscultation à droite.

Le 7 juillet, l'état général est tout à fait bon.

La femme demande à sortir le 13 juillet.

A partir de cette époque, le ventre n'augmente plus. La femme marche facilement.

Le 20 juillet, à 3 heures du soir, se promenant au bois de Vincennes, elle est prise de douleurs, monte en voiture pour revenir à l'hôpital et expulse à quatre heures et demie un fœtus se pré-

sentant par le siège, ascitique et œdématié et pesant 1450 gr.

L'autopsie de ce fœtus a été faite par notre excellent ami J. Potocki, qui nous a remis la note suivante :

Autopsie, faite le 21 juillet à 5 heures du soir. *Œdème, ascite, hydropéricarde, reins malades.*

Le fœtus est en parfait éfat de conservation ; il est très œdématié. A l'incision de la peau s'écoule une très grande quantité de sérosité.

Cavité abdominale: environ 150 gr. de liquide ascitique citrin, contenant en suspension des flocons blanchâtres, s'écoulent du péritoine. Pas d'inflammation péritonéale. Tube digestif sain. — Foie normal, rate petite et saine — Organes génitaux femelles (sans particularités).

Capsules surrénales à contenu liquide. — Les reins de volume normal, se laissent bien décortiquer ; la surface est pâle. A la coupe, congestion de la substance corticale ; les pyramides sur une coupe médiane, ont une coloration jaune verdâtre comme si elles étaient infiltrées de pus; on n'y distingue pas les canalicules urinifères comme à l'état normal, la substance corticale paraît ramollie et au niveau des colonnes de Bertin, elle est altérée au point qu'on ne peut plus distinguer sa structure ordinaire. Bassinet vide. Pas d'ecchymoses.

Les poumons n'ont pas respiré. Leur surface est marbrée de rouge foncé et de rouge plus clair. A la coupe des taches blanchâtres se détachent : à la pression on fait sourdre du muco-pus. Un fragment de poumon tombe au fond de l'eau.

Le péricarde ne présente pas d'ecchymoses : il est distendu par de la sérosité citrine.

Le cœur est sain ; les valvules incolores sont normales.

Le trou de Botal est complètement obturé.

Le thymus est petit; une certaine quantité de liquide blanchâtre s'en écoule par la pression.

Nombreuses ecchymoses sur le péricrâne. Le cerveau est sain, très mou, incomplètement développé.

La seconde poche se rompt spontanément à six heures du soir. Le second fœtus est expulsé immédiatement. Il est macéré et présente un volume de la tête assez considérable ; il pèse 1000 grammes. Ce fœtus était tellement macéré que l'autopsie n'a pu en être faite.

La délivrance se fait spontanément à six heures et demie. Le placenta très volumineux forme une masse unique. Une cloison formée par 4 membranes sépare les deux œufs. Les membranes sont intactes. Celles qui contenaient le second fœtus, sont distendues et présentent à 10 centimètres environ du bord placentaire, un orifice arrondi qui répond à l'entrée du trocart. La femme sort bien portante le 31 juillet.

Cette observation présente de nombreuses analogies avec celle de M. Tillaux: même impossibilité d'affirmer le diagnostic de grossesse au moment où une intervention était devenue nécessaire; même innocuité de la ponction aspiratrice; même disparition des accidents dyspnéiques; même terminaison de la grossesse avant terme. Nous relèverons de plus dans notre observation cette particularité intéressante qu'un seul des deux œufs présentait une quantité de liquide amniotique exagérée.

Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur la fréquence de l'hydropisie de l'amnios dans les cas de grossesse gémellaire; le fait de l'hydropisie d'un seul œuf a été plus rarement signalé, bien qu'il soit sans doute assez fréquent si nous nous en rapportons aux faits que nous avons observés. Nous lisons d'ailleurs dans le traité classique de Tarnier, Chantreuil et Budin (t. II, p. 279), à propos de l'étiologie de l'hydropisie de l'amnios. « Il y a quelquefois grossesse gémellaire et alors l'hydropisie siège probablement dans un seul œuf, rarement dans les deux. Schatz (*Archiv. für Gynäkologie*, 1882) rapporte une observation de grossesse gémellaire dans laquelle l'une des poches ne contenait qu'une petite quantité de liquide, tandis que l'autre en renfermait à l'excès et était très distendue. De même Grenser (*Centralblatt für Gynäkologie*, 11 juillet 1885) cite deux faits analogues dans deux cas de grossesse gémellaire: dans l'une des poches, il existait de la polyhydramnios, tandis que dans l'autre poche la quantité de liquide était peu abondante. Une observation plus intéressante à notre point de vue est celle de Mangiagalli: une femme, vers la fin d'une grossesse gémellaire,

souffre tellement de la distension abdominale qu'on fait une ponction de l'œuf. Il ne s'écoule qu'une faible quantité de liquide et cependant la malade est très soulagée. Elle accouche ensuite d'un enfant vivant; on rompt la seconde poche des eaux, d'où il s'écoule six litres de liquide amniotique. Il existait deux poches distinctes et deux placentas et des altérations du cordon de la seconde poche qui font penser à l'auteur que la principale cause de l'hydropisie de l'amnios était due à l'excès de tension dans la veine ombilicale. Ce que nous relevons surtout dans cette observation, c'est que, comme dans notre cas, la poche sur laquelle on arrivait par le toucher intra-utérin n'était pas hydropique et que la ponction des membranes par la voie vaginale n'a donné issue qu'à peu de liquide amniotique. Il en eût été de même dans notre observation, sans compter que cette évacuation minime de liquide amniotique n'eût probablement pas suffi pour faire disparaître les accidents de compression qui menacaient la vie de la femme.

## III

Cette ponction par la voie abdominale de l'utérus renfermant une quantité de liquide amniotique exagérée, est-elle inoffensive pour la mère ? Sans aucun doute, si elle est pratiquée avec toutes les précautions voulues et en observant les règles de l'antisepsie (lavage de la paroi abdominale, asepsie des mains et des instruments, etc.).

Il est assez difficile, pour apprécier cette méthode, de se reporter aux faits observés à une époque où l'antisepsie n'était pas appliquée. De même on ne peut guère s'appuyer sur les observations dans lesquelles l'utérus a été ponctionné par mégarde au cours d'une opération telle que l'ovariotomie; l'erreur a été assez fréquemment commise et le Dr Remy (de Nancy), dans son intéressante thèse d'agrégation sur la grossesse compliquée de kyste ovarique, en rapporte d'assez nombreuses observations (Chiara, Pol-

lock, Mason, C. Lee, Sp. Wells, Lambert, Byford, Fortescue, etc.). Il y aurait à ajouter à cette liste déjà longue celle non moins intéressante probablement des faits qui n'ont pas été publiés. Peu importe d'ailleurs : la ponction de l'utérus n'est ici qu'un minime accident opératoire qu'on ne saurait guère faire entrer en ligne de compte dans le résultat définitif.

Nombre d'observateurs ont pris pour un kyste de l'ovaire une hydramnios plus ou moins considérable ; l'erreur a été commise entre autres par Guéniot, Nicholson, W. Boddy, Hiod, Kyll; etc ; la ponction de l'utérus a été plusieurs fois pratiquée dans ces cas sans être suivie d'aucun accident. Une observation de Stickney est bien intéressante à ces différents points de vue et montre combien la ponction de l'utérus est inoffensive en elle-même. Stickney est appelé à plusieurs reprises pendant 5 à 6 mois par une femme qui se plaint de la suppression de ses règles. Cette aménorrhée serait, d'après la malade, causée par un bain froid qu'elle avait pris au moment où la période menstruelle allait survenir ; d'après le dire de cette femme, elle ne pouvait être enceinte. Cathartiques, emménagogues, etc., ne produisent aucun résultat. Pendant près de deux mois, Stickney n'entend plus parler de sa cliente. Elle est soignée pendant ce temps par un médecin qui diagnostique une tumeur ne pouvant être guérie que par la ponction, et qui pratique cette opération à deux reprises différentes. Il déclare même qu'il faut faire une nouvelle ponction. Une nuit Stickney est appelé : il reconnaît que la tumeur est simplement un utérus gravide et que l'accouchement est imminent.

Sans aucun doute, dans la plupart des cas, la ponction abdominale de l'utérus gravide expose à l'accouchement prématuré ; mais, dans les observations qui nous occupent, l'avortement ou l'accouchement prématuré n'ont guère d'importance, et surviendraient au moins aussi facilement à la suite de la ponction des membranes par la voie vaginale. Dans ces cas de surdistension abdominale par une hydropisie de

l'amnios, la ponction exploratrice est le vrai moyen qui permette d'éclairer le diagnostic et de soulager rapidement la femme sans aucun danger pour elle.

Il ne saurait être ici question de laparotomie exploratrice qui constitue une intervention beaucoup plus sérieuse ; il ne saurait non plus être question de la ponction des membranes par le vagin ; car on courrait risque de faire cesser inutilement la grossesse, sans remédier aux accidents de compression qui pourraient résulter d'une autre cause que l'hydropisie de l'amnios (ascite, tumeur ovarique, etc.).

Que devons-nous conclure des observations que nous avons rapportées et des réflexions qui les suivent ? C'est que :

1° Dans certains cas de grossesse avec hydropisie de l'amnios considérable, la distension de l'abdomen peut être telle qu'il est très difficile, voire même impossible, de faire le diagnostic de la grossesse par les moyens habituels (palper, auscultation, toucher).

Le toucher intra-utérin est indiqué, mais s'il permet de faire le diagnostic de grossesse, il peut, comme dans notre cas, être insuffisant pour renseigner sur la cause de la surdistension abdominale.

2° La ponction aspiratrice, faite par la voie abdominale avec toutes les précautions nécessaires, est doublement indiquée : elle facilite et éclaire le diagnostic ; elle pare aux accidents (dyspnée, douleurs, etc.) que présente la femme.

3° Cette ponction ne fait courir aucun danger à la mère. Elle expose, jusqu'à un certain point, à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

Ces accidents n'ont ici qu'une importance bien minime ; car il est rare que, dans ces cas d'hydramnios aussi considérable, la grossesse aille jusqu'à terme et que le fœtus ne présente pas quelque malformation incompatible avec l'existence, s'il n'a pas déjà succombé.

---

# TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES POST PARTUM

## PAR LA COMPRESSION INTRA-UTÉRINE DE L'AORTE

Par le Dr Séjournet, de Revin, lauréat de l'Académie de médecine.

L'hémorrhagie *post partum* est certainement l'accident le plus redoutable et le plus redouté de l'homme de l'art qui se livre à la pratique des accouchements.

« Si je renonce jamais aux accouchements, disait Paul « Dubois devant un nombreux concours d'élèves, c'est aux « hémorrhagies que vous devrez attribuer ma détermina- « tion. »

Aussi les moyens les plus variés ont-ils été proposés pour combattre ces pertes sanguines toujours graves, souvent même foudroyantes.

Cette diversité dans les procédés fait assez ressortir les difficultés du traitement des hémorrhagies *post partum*, elle témoigne du défaut inhérent à bon nombre de moyens préconisés. Si le praticien avait en sa possession une méthode reconnue sûre, efficace, applicable dans tous les cas, il serait dispensé de chercher mieux.

Nous savons que nous pouvons disposer actuellement de moyens excellents employés par nos plus éminents maîtres et que M. le Prof. Tarnier, à la Maternité, obtient les meilleurs résultats des injections vaginales et même utérines d'eau chaude. Mais, à l'hôpital, les conditions sont tout autres que dans les maisons particulières. Ici, par exemple, nous n'avons pas toujours sous la main, au moment voulu, de l'eau chauffée au degré convenable et le temps de la préparation serait perdu au détriment de l'accouchée ; car alors les minutes sont des siècles et il est bon de les utiliser rapidement et sans hésitation.

Il faudrait donc que l'accoucheur pût recourir, en tout cas, en tout temps et en tout lieu, à une pratique énergique et prompte, facile à mettre en œuvre et d'une efficacité recon-

nue. Comme nous employons depuis plusieurs années, un moyen qui nous a toujours réussi, moyen sûr, d'une application rapide et d'une innocuité certaine, nous nous proposons de le décrire dans ce mémoire et de rapporter les heureux résultats qu'il nous a procurés.

Mais auparavant, nous croyons utile d'examiner les diverses méthodes employées par les accoucheurs dans le traitement des hémorrhagies *post partum*, de les classer d'après leur mode d'application, et en les étudiant, de les comparer à notre propre méthode, afin de discuter le mérite de cette dernière et de faire ressortir sa valeur.

Pour établir la division des procédés employés dans le but de combattre les hémorrhagies *post partum*, nous pouvons nous baser sur la manière dont il sont appliqués et selon qu'ils s'adressent à l'intérieur ou à l'extérieur, les ranger en deux catégories comprenant; 1° les procédés hémostatiques internes ou médicaux; 2° les procédés hémostatiques externes ou obstétricaux.

Quant à ces derniers, nous les diviserons en deux classes, d'après le siège de leur mise en œuvre, selon que les moyens auront porté leur action dans l'utérus lui-même ou en dehors de l'organe de la gestation.

Nous envisagerons donc les procédés hémostatiques externes sous deux faces : procédés extra-utérins, procédés intra-utérins.

I. — Les procédés hémostatiques internes s'adressent aux forces vives de l'organisme, c'est-à-dire à la circulation et à l'innervation, dans le but de produire une action locale, la contractilité utérine, nous ajouterons : dans le but aussi de relever l'énergie de la femme épuisée, défaillante et de rendre la vigueur à son utérus inerte, par une stimulation générale.

C'est à l'administration de l'ergot de seigle pulvérisé que l'on a recours le plus souvent pour combattre les hémorrhagies utérines et surtout pour les prévenir. Les injections sous-cutanées d'ergotine et d'ergotinine sont aussi efficacement employées dans ce but :

Mais, comme le dit M. Auvard, dans une revue de thérapeutique obstétricale (1), « il y a deux sortes d'hémorrhagies *post partum*, celles qui sont très graves et celles qui « sont d'abondance moyenne. Dans celles-ci les injections « hypodermiques d'ergotine suffisent et constituent une mé« thode absolument sûre ».

Mais dans les autres qui sont très graves et nous n'avons en vue que celles-là, ni l'ergot de seigle pris à l'intérieur, ni les injections d'ergotine ne sont capables de faire face au danger qui est pressant et menaçant. En effet, s'il faut de cinq à dix minutes à l'ergotine pour agir, la femme a bien le temps de mourir quand son sang coule à flots. Dans tous les cas cependant nous avons recours soit à l'ergot de seigle pris en poudre, soit aux injections d'ergotine : mais nous devons reconnaître l'insuffisance de ces procédés quand il s'agit d'hémorrhagies graves ; car dans aucune des observations qui suivent, l'action de l'ergot pulvérisé ni de l'ergotine en injections n'a pu prévenir l'écoulement sanguin ni même contribuer à l'arrêter.

On s'est adressé aussi aux astringents dans le but de combattre les hémorrhagies. Le Dr Grigg, en particulier (in *British medical journal*, janvier 1884) dit avoir obtenu d'excellents résultats avec le vinaigre administré à l'intérieur. Il avait fait prendre ce breuvage, croyant donner à son accouchée, un verre de brandy ; et depuis il aurait employé plusieurs fois le vinaigre qu'il considère comme un spécifique des hémorrhagies *post partum*.

La térébenthine aurait aussi agi avec efficacité dans les mêmes circonstances. Le Dr Pollard, de Torquay, n'aurait qu'à se louer de ce moyen consistant dans l'ingestion d'une demi-once de térébenthine émulsionnée avec un œuf. Les Drs Swayne, de Clifton (2) et Tilt, de Londres (3) disent qu'ils

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. I., 1884, p. 34.
(2) *Obstetric aphorism.*, 1856.
(3) *Handbook of Uterine Therapeutic*, p. 288.

ont donné ce remède depuis longtemps, à la même dose, toujours avec succès.

II. — Les procédés hémostatiques externes sont, avons-nous dit, soit extra, soit intra-utérins.

a. Les premiers représentent diverses pratiques connues de tous et qui à part deux ou trois sont généralement employées. Ainsi, nous citerons les lotions froides, les affusions, nous dirions presque volontiers l'inondation : car nous avons vu de pauvres femmes vraiment inondées dans leur lit, grelottantes de froid, littéralement glacées par suite de l'intervention malheureuse de sages-femmes affolées. On ne peut que réprouver de pareils moyens plutôt nuisibles qu'utiles.

Les révulsifs, les sinapismes sont peut-être avantageux, quand il s'agit de stimuler une femme épuisée par l'hémorrhagie, mais pour combattre cet accident lui-même, ils sont bien impuissants.

Un autre moyen assez simple, nous voulons parler de l'inversion du corps, aurait réussi au Dr Puglièse, de Tarare (1), qui lutte contre les pertes de sang en maintenant pendant une heure et demie, la femme inversée sur un plan incliné.

Autres procédés externes : la compression ventrale par bandages (procédé de Deneux), la compression du globe utérin avec la main (méthode du Dr Saussier, de Troyes), Mlle Puéjac, sage-femme à Alger relate un succès obtenu par ce moyen (2) : la compression abdominale de l'aorte dont l'inventeur est Baudelocque.

Ce procédé est certainement des meilleurs et nous nous en sommes servi toujours avec avantage en le combinant ou en le faisant alterner avec le nôtre.

Citons une modification de ce procédé imaginée par le Dr Ebrard (de Nîmes) qui estime (3) que les moyens les plus prompts et les plus puissants sont la compression de l'aorte

(1) In *Lyon médical*, 1879.

(2) In *Journal de medecine et chir pratiques* (oct. 1864).

(3) *Concours médical*, 1882, p. 640.

et la réfrigération. Celle-ci est obtenue en faisant couler de l'eau froide dans le creux fait par la main qui exerce la compression aortique.

On a recours aussi aux excitations externes : le galvanisme en particulier a été conseillé. Nous ne savons pas s'il a produit des résultats. Toutefois il nous paraît peu pratique, car tous les accoucheurs n'ont pas à leur disposition les appareils électriques nécessaires.

Quant aux autres procédés comme la ligature faite à la racine des membres, les injections hypodermiques d'éther, la transfusion, ils ne conviennent pas pour arrêter les hémorrhagies, mais seulement pour stimuler la femme défaillante, épuisée, menacée de syncope.

*b.* Divers procédés portant leur action dans l'utérus même ont été inventés. On peut les diviser en trois classes selon les méthodes suivies, soit que l'on porte directement dans l'utérus, des produits hémostatiques, soit que l'on y fasse des injections de nature et de composition diverses, soit que l'on ait recours aux moyens mécaniques appliqués dans la cavité utérine ou le conduit vaginal.

1° On a eu recours à la glace introduite dans l'intérieur de la matrice ; on y a porté directement des éponges imprégnées d'eau glacée. Le Dr Ory (1) a combattu une hémorrhagie grave, en exprimant dans l'utérus, le jus d'un citron. On a obtenu de bons résultats de l'introduction dans l'utérus, d'une éponge mouillée d'eau-de-vie (Ricketts). Le même auteur fait des injections intra-utérines de 30 à 60 grammes d'eau-de-vie.

2° D'autres injections médicamenteuses ont encore été employées. Le Dr Forest (2) cite trois cas d'hémorrhagie

(1) *France médicale*, 1883, t. II, p. 649.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, t. I, 1882, p. 446.

On trouve aussi des renseignements à ce sujet :

1° In *Boston med. and surg. journal*, janvier 1881.

2° *New-York med. Record.*, sept. 1880.

3° *Journal des sciences médicales de Louvain.*

post partum guéries par des injections intra-utérines de teinture d'iode. Il faut débuter par des injections à parties égales d'eau chaude et de teinture. Celle-ci agirait non comme coagulant mais en excitant les contractions de la matrice. Le Dr Percy Boulton, de Londres (1) dit avoir recours avec succès aux injections d'eau très chaude additionnée de perchlorure de fer (1/4).

L'adjonction à l'eau chaude de divers produits soit hémostatiques soit simplement stimulants est jugée inutile par les praticiens les plus autorisés ; car il a été reconnu que la température seule de l'eau portée à 40° ou 50° est la plupart du temps suffisante pour obtenir l'arrêt de l'hémorrhagie. Ne vaut-il pas mieux aussi laisser de côté des médicaments qui par l'irritation qu'ils produisent, sont capables de développer des accidents ultérieurs dans les organes de la gestation ?

Pour expliquer l'action hémostatique de l'eau chaude, les uns admettent l'exagération de la contractilité utérine ; les autres (Richter) invoquent une tuméfaction inflammatoire rapide des tissus muqueux et sous-muqueux.

Les injections d'eau portée à une température de 40° ou 50° doivent agir directement sur les parois utérines : il est bon d'administrer en même temps de l'ergot, afin de placer l'utérus dans les meilleures conditions possibles de contractilité.

Les premiers qui semblent avoir recommandé la méthode des injections d'eau chaude sont Marion Lins et Whitwell, de Boston, qui l'ont mise en pratique, en 1874.

Windelband, à Vienne, emploie les mêmes moyens depuis 1876. D'autres, comme le Dr Trois-Fontaines (in *Scalpel*), Schwartz et Græfe (2), Carl Regnauld (3), Carl Richter (4) et Runge (5), en Allemagne, disent avoir obtenu avec l'eau chaude des résultats satisfaisants.

---

(1) *Concours méd.* 1883, p. 394.
(2) *Centr. für Gynäk.*, 1884.
(3) *Centr. für Gynäk.*, 1884.
(4) *Zeitschrift Geb. und Gyn.*
(5) *Berlin. Klin. Wochenschrift.*

L'éminent professeur Tarnier, à la Maternité, a complètement remplacé tous les procédés hémostatiques par les injections utérines d'une solution chaude (50°) de sublimé à 1 pour 2000. Le liquide est porté dans le vagin et l'utérus lui-même, à l'aide d'une injection ordinaire ; la matrice aussitôt se contracterait d'une façon énergique.

« Cette méthode (1), dit M. Auvard, n'a jamais échoué « depuis trois mois qu'elle est employée à la Maternité. » Ici l'injection constitue non seulement un moyen curatif opposé à l'écoulement sanguin, mais aussi par son action antiseptique, un moyen préventif des accidents graves qui pourraient atteindre les organes de la gestation.

3° Quant à la plupart des procédés mécaniques qui ont été préconisés, ils sont assez connus et ont été employés souvent.

Nous pouvons citer le tamponnement vaginal que Dences, en particulier, pratiquait avec une éponge imbibée de vinaigre de table pur.

Le Dr Bailly (2), dans une leçon clinique se déclare partisan du tampon de charpie employé selon les préceptes de Leroux, Chevreul, Baudelocque, etc., en même temps, il conseille la compression du ventre.

Cet auteur considère les injections utérines comme ayant une efficacité douteuse et pense que la compression de l'aorte ne réussit pas toujours, soit parce qu'elle est imparfaite, soit parce qu'une certaine quantité de sang circule encore dans l'aorte, soit parce que les artères ovariques échappent à la compression.

Le Dr Chassagny (de Lyon) (3) pratique le tamponnement avec un double ballon de caoutchouc qui, en s'opposant à l'écoulement du sang, irrite l'utérus et devient ainsi capable de produire les plus heureux résultats. On a recours encore

---

(1) *Bulletin de thérapeutique*, janvier 1884.

(2) In *Concours médical*, 1880, p. 298.

(3) *France médicale*, 1879.

à la compression exercée avec une main placée dans le vagin, tandis que de l'autre on appuie sur le globe utérin à travers les parois du ventre (Dr Ory, *loc. cit.*).

Au nombre des procédés mécaniques portant leur action dans la cavité utérine, nous rangeons notre propre méthode, dont voici rapidement la description. Le nom que nous lui avons donné : *compression intra-utérine de l'aorte,* donne de suite l'idée de son application.

Quand nous nous trouvons devant une hémorrhagie soudaine, abondante ou même foudroyante, en même temps que nous faisons administrer de la poudre d'ergot fraîchement préparée nous engageons rapidement la main après l'avoir soigneusement lavée et désinfectée au sublimé (solution à 1 p. 2000), dans la cavité utérine ; nous cherchons l'aorte dont les battements sont faciles à rencontrer et aussitôt nous la comprimons avec les doigts sur la colonne vertébrale : c'est l'affaire de quelques secondes ; immédiatement le sang s'arrête. Nous restons là le plus longtemps possible jusqu'à ce que la fatigue nous force à nous retirer, soit dix, quinze ou vingt minutes.

Quand nous sommes à bout de forces, nous faisons chercher par un aide, le plus souvent par la sage-femme qui nous assiste, les battements de l'aorte, à travers les parois du ventre, et nous ne quittons notre poste que lorsque nous ne sentons plus nous-même les palpitations du vaisseau comprimé par l'aide. Mais alors le plus fort est fait et nous sommes maître de l'hémorrhagie.

Si le sang ne reparaît pas, nous nous abstenons de réintroduire la main dans l'utérus, nous continuons seulement la compression extra-utérine, en alternant avec la sage-femme quand elle est fatiguée.

Cet exercice peut durer assez longtemps : nous avons dû le pratiquer parfois pendant plus d'une heure, comme nous le verrons dans nos observations. On voit que notre procédé constitue en quelque sorte le premier temps d'une lutte assez prolongée. Mais ce premier temps est le plus efficace et le

plus important; en quelques secondes il nous permet de combattre un accident toujours grave, quelquefois rapidement mortel.

On ne perd pas de temps à tâtonner, à rechercher avec hésitation les battements aortiques à travers les parois abdominales. Par le conduit utéro-vaginal on arrive avec certitude sur le vaisseau, et, rapidement!

Du reste, dès l'introduction de la main dans les voies génitales, le sang ne paraît plus, car déjà la main qui va exercer la compression fait le tamponnement.

La compression intra-utérine de l'aorte n'est pas toujours seulement le premier temps de l'action que nous avons décrite : car, dans certains cas, elle doit exercer elle-même cette action jusqu'à l'arrêt complet de l'hémorrhagie. Nous voulons parler de ces cas, assez rares il est vrai, où la compression de l'aorte par l'abdomen est impossible, à cause de la résistance ou du peu de souplesse des parois du ventre. Alors notre méthode comme on le verra (obs. V) nous rend un précieux service.

En pareille circonstance, lorsque nous sommes fatigué, au lieu de faire continuer la compression par l'aide, comme nous le disions plus haut, nous lui faisons introduire, à son tour, la main préalablement rendue aseptique par le sublimé, dans la matrice, où il exerce comme nous la compression intra-utérine de l'aorte.

Lorsque la main est à son poste au niveau des vertèbres lombaires sur lesquelles elle comprime l'aorte, elle sent les battements du vaisseau dans toute leur ampleur et se rend parfaitement compte de l'interception complète du sang, de même qu'elle perçoit très bien le moindre passage de l'ondée sanguine quand la lumière du vaisseau cesse d'être obturée totalement.

Du reste, nous avons observé que si la compression faiblit de façon à livrer même un faible passage au courant sanguin, la main introduite dans la cavité utérine est aussitôt arrosée comme si une pluie chaude de sang l'inondait de

toutes parts. C'est bien là une preuve de l'efficacité suffisante de la compression intra-utérine de l'aorte dans le traitement de l'hémorrhagie *post partum*. Et pourtant notre méthode n'intercepte réellement le cours du sang que dans les artères utérines inférieures, celles qui naissent de l'hypogastrique.

La main introduite dans la cavité utérine n'agit-elle contre l'écoulement sanguin que par la compression de l'aorte ? Certainement non ; car elle exerce en même temps plusieurs actions différentes. Outre qu'elle fait en quelque sorte office de tampon, en obturant le conduit utéro-vaginal, elle sert aussi par sa présence à exciter, à stimuler les contractions de la matrice. En dernier lieu, elle effectue, en se retirant, le déblaiement de la cavité utérine qu'elle vide des caillots qui la remplissent.

Nous avons fait remarquer plus haut que tout en employant notre méthode nous avions recours à l'ergot de seigle. Du reste, après tout accouchement un peu laborieux et avant de terminer la délivrance, nous avons l'habitude d'administrer ce médicament soit en poudre soit en injections hypodermiques ; à plus forte raison quand il y a un certain degré d'inertie utérine. Nous devons ajouter que, dans les cas d'hémorrhagie grave que nous rapportons plus loin, l'ergot s'est montré impuissant contre l'inertie et qu'il ne décidait guère la matrice à entrer en contraction, car nous la sentions inerte sous nos doigts pendant tout le temps que durait la compression. Il devait donc rester inefficace devant l'hémorrhagie. Du reste, dans toutes nos observations, l'introduction de la main ne paraît pas avoir agi plus énergiquement que l'ergot sur la contractilité utérine, tant l'inertie était prononcée.

Notre procédé nous a toujours parfaitement réussi dans les cas les plus graves et n'a jamais entraîné d'accidents imputables à son application. Du reste, nous avons soin de prévenir les suites fâcheuses qui pourraient en résulter par l'usage d'injections antiseptiques dans le vagin et l'utérus lui-même.

Nous déclarons aussi avoir trouvé par hasard le procédé en question ; c'est au moment même où nous voulions employer une autre méthode, celle de l'excitation de la matrice par la main introduite dans sa cavité, que sentant les battements aortiques sous nos doigts nous avons songé immédiatement à comprimer le vaisseau.

Nous devons ajouter que dans nos recherches nous avons découvert un auteur, le Dr Guillon (1), qui bien longtemps avant nous a mis en pratique la même méthode. Avant de l'appliquer, avant même de commencer notre mémoire nous ignorions et le nom et le travail de ce praticien distingué. Néanmoins comme son procédé ne semble pas être très connu, nous espérons contribuer tant soit peu à le mettre en honneur et à confirmer la pratique du Dr Guillon qui nous paraît une des plus efficaces et des plus recommandables.

Nous avons cité plus haut bon nombre de moyens hémostatiques qui tous offrent des avantages et paraissent avoir réussi entre les mains de leurs auteurs. Le nôtre aussi ne nous a procuré que des succès. Est-il meilleur que beaucoup d'autres ? Est-ce plus pratique, plus facilement applicable ? Est-il plus prompt et plus énergique ?

S'il remplit vraiment toutes ces conditions, il faut bien lui reconnaître une certaine supériorité : c'est ce que nous allons essayer de démontrer en le comparant aux autres procédés.

Un des grands avantages de notre méthode en présence des hémorrhagies graves que ni l'ergot en poudre ni les injections sous-cutanées d'ergotine ne peuvent arrêter, c'est qu'elle est très pratique; comparons :

Nous réprouvons bien entendu, l'inondation de l'accouchée par l'eau froide; outre qu'il est impuissant, un tel moyen ne peut que glacer la femme et lui faire courir un danger de plus.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'intervention du

(1) *Presse médicale*, 1842.

galvanisme dans le traitement de l'hémorrhagie, le moyen étant peu facile à mettre en œuvre et par conséquent peu pratique.

L'inversion, autre méthode dont nous avons parlé ne nous paraît guère avoir d'utilité que lorsque la femme est épuisée, exsangue et qu'il faut la stimuler, en même temps que s'opposer à l'écoulement sanguin. Mais le procédé n'est alors que d'une application secondaire; il nous paraît devoir être insuffisant en présence d'une hémorrhagie grave.

Nous avons vu que la compression de l'utérus et que celle de l'aorte surtout procurent les meilleurs résultats, nous avons nous-même recours à cette dernière quand la compression intra-utérine a paré au danger le plus pressant et que la fatigue nous empêche de la continuer. Mais ces procédés ne sont pas toujours assez prompts, et, d'un autre côté, comme le dit M. Bailly, la compression de l'aorte ne réussit pas toujours (voir p. 10). Il faut, par tâtonnement, trouver les battements du vaisseau, à travers les parois abdominales plus ou moins faciles à déprimer. C'est du temps de perdu devant une hémorrhagie foudroyante. D'un autre côté, il peut se faire que le ventre soit trop résistant et que les parois ne soient pas assez dépressibles pour permettre à l'accoucheur d'atteindre l'aorte. Nous en donnerons un exemple dans notre observation V. Heureusement que dans ce cas, nous avions la ressource de notre méthode.

Quant aux applications intra-utérines de glace, d'eau glacée, à l'introduction de citrons, d'éponges imbibées d'eau-de-vie ou de vinaigre, nous pensons que ce sont des procédés bons à employer, quand on ne sait que faire. Nous en dirons autant du classique tamponnement à qui nous demandons pardon de le critiquer, mais qui n'est ni assez rapide dans les cas pressants, ni facile à supporter et qui, de plus, n'arrête guère le sang qu'en apparence, car l'hémorrhagie intra-utérine n'en continue pas moins malgré sa présence.

Le procédé de tamponnement du Dr Chassagny, de Lyon, avec le double ballon de son invention, mérite certes d'é-

chapper à cette critique, car les paroles de l'auteur sont expressives : « J'ai, dit-il, employé un grand nombre de fois « le double ballon dans ces cas d'hémorrhagie interne post « *partum*. Tout ce que je puis dire c'est que l'hémorrhagie « a toujours été instantanément arrêtée » (1).

L'instrument du Dr Chassagny paraît donc constituer une ressource très précieuse ; mais tous les praticiens ne l'ont pas entre les mains et tous les praticiens peuvent se trouver en face d'hémorrhagies foudroyantes. Or, notre procédé est applicable en tout temps et en tout lieu et il peut même être mis en œuvre par une simple sage-femme.

Nous ne nous arrêterons pas aux injections d'eau froide, d'eau-de-vie, d'eau chaude mêlée de teinture d'iode ou de perchlorure de fer. Nous accorderions la préférence aux injections antiseptiques chaudes qui donnent de merveilleux résultats dans le service de l'éminent professeur Tarnier, à la Maternité. Mais ce dernier procédé est-il bien à la portée de tous ?

Le praticien qui exerce à la campagne, qui est appelé en toute hâte par une sage-femme affolée aura-t-il bien le temps de faire chauffer de l'eau au degré voulu pour conjurer le danger ? On nous répondra qu'il est toujours facile de trouver de l'eau chaude, que toute sage-femme pourrait se munir d'un irrigateur, quand elle se rend auprès d'une parturiente. Oui, tout cela serait facile si l'on avait toujours affaire à des sages-femmes bien disciplinées, intelligentes et instruites. Mais il faut compter aussi avec l'ignorance, la résistance ou l'incurie de certaines sages-femmes de village. Et combien même de villages qui n'ont pas de sages-femmes, mais seulement des matrones, bonnes pour recevoir l'enfant et couper le cordon.

Quoi qu'il en soit, ce qui se pratique si bien et si facilement à l'hôpital et en ville n'est pas toujours réalisable dans les maisons pauvres où l'on ne songe pas aux éventualités d'une

(1) *France médicale*, 1879, p. 819.

hémorrhagie redoutable et où rien n'est préparé en vue d'un tel événement.

Ce qu'il faut, en pareil cas, c'est un procédé rapide, énergique, sûr et à la portée de tous; en un mot, un procédé pratique et auquel même une sage-femme intelligente pourrait avoir recours, en attendant le secours d'un médecin.

Avec notre méthode point n'est besoin d'eau chaude, d'irrigateur que dans un cas pressant et devant une hémorrhagie foudroyante il faudrait avoir tout prêts sous la main. Et encore, devant ces *jets de pompe à feu* comme les appelle notre confrère et ami le Dr Hamaide, les injections d'eau chaude seraient-elles assez efficaces et auraient-elles le temps d'agir (1).

Nous ne répéterons pas qu'avec notre procédé nous avons combattu victorieusement les hémorrhagies les plus graves et les plus subites, comme nous allons le montrer dans les observations suivantes.

### Observation I

La jeune femme N..., primipare, âgée de 22 ans, lymphatique, était dans les douleurs de l'enfantement depuis une douzaine d'heures quand la sage-femme me fit appeler (15 février 1883). Les douleurs ne quittaient pas la région des reins. Le col très-haut placé et très difficile à atteindre avec le doigt était mou, mais peu dilaté. L'ouverture avait à peu près le diamètre d'une pièce de 5 francs. Présentation céphalique. Je restai près de la jeune femme et j'attendis pendant trois heures. La dilatation était peu avancée, mais la femme se fatiguait et perdait ses forces. Il était évident qu'il y avait inertie utérine complète. Malgré le peu d'ouverture de l'orifice utérin qui cependant était facile à élargir avec le doigt, je me décidai à faire une application de forceps au détroit supérieur. En dix minutes je parvins à extraire un gros garçon

(1) On a vu (p. 10) que le Dr Bailly considère les injections utérines chaudes comme ayant une efficacité douteuse. On verra (obs. III) qu'après les avoir employées vainement, nous avons été obligé de recourir à notre procédé.

vivant. L'utérus ne revenant pas sur lui-même je fis quelques frictions douces sur le ventre pour aider à la délivrance qui ne fut pas des plus faciles. Tout en délivrant, j'avais fait administrer plusieurs doses de poudre d'ergot (en tout deux grammes). Mais aussitôt après l'extraction du délivre, le sang parut en abondance. Des caillots suivis de gros bouillons de sang sortirent de la vulve en quelques secondes. Je n'avais pas de temps à perdre. Les oreillers et traversins furent retirés, la tête fut mise sur le même plan que le reste du corps, mais déjà la jeune femme ne voyait plus, elle accusait des éblouissements, des tintements d'oreilles, répondait à peine à mes questions et allait tout à fait perdre connaissance. Je n'avais pas à essayer des ablutions ou même des affusions d'eau froide qui m'ont toujours paru inutiles, ni du tamponnement que je n'aurais pas eu le temps de terminer. Je fis de la main gauche quelques frictions sur le ventre, en même temps que j'introduisais la main droite dans l'utérus avec l'idée arrêtée d'exciter l'organe par des titillations et des attouchements pratiqués avec les doigts. Le sang coulait toujours ; il inondait ma main de tous côtés comme une pluie chaude et abondante.

Tout en cherchant à exciter l'utérus qui restait inerte, je sentis sous la main droite des battements précipités de l'aorte. Ce fut un trait de lumière. J'appuyais sur l'artère de façon à interrompre complètement le cours du sang dans cet énorme vaisseau, ce qui fut facile : je constatai alors avec joie que l'écoulement sanguin s'était arrêté. Je fis donner un cordial à la jeune femme qui peu à peu revint à elle, mais ma main se fatigua vite à cette compression soutenue de l'aorte. Comme j'avais affaire à une sage-femme intelligente, je la chargeai d'enfoncer les doigts profondément à travers les parois du ventre, jusqu'à ce qu'elle ait perçu les battements artériels. Elle y parvint facilement. Bientôt je ne sentis plus le vaisseau battre sous mes doigts ; il était donc suffisamment comprimé par la sage-femme qui put ainsi me suppléer. Alors je me rendis compte de l'état de l'organe. Toute la partie droite supérieure était complètement molle et inerte et n'avait aucune tendance à revenir sur elle-même. C'était sans doute à cette place qu'était inséré le placenta. Le reste de l'organe, surtout à gauche, se contractait mieux. La présence de la main n'excitant en aucune façon les contractions de la partie inerte, je me retirai pour me

reposer et vis avec plaisir que le sang ne coulait plus : à peine quelques gouttes ou un mince filet de temps à autre.

Quand la sage-femme fut fatiguée à son tour, je la remplaçai et continuai la compression de l'aorte à travers les parois du ventre. Ce moyen étant devenu suffisant, je n'eus plus besoin de réintroduire la main dans l'utérus.

Pendant la première demi-heure, chaque fois que j'essayais de rendre un peu de liberté au cours du sang, l'hémorragie reparaissait abondante ; aussi fallut-il continuer cet excercice pendant plus d'une heure. La jeune accouchée était revenue à elle, grâce à l'arrêt de l'hémorrhagie, à l'administration des stimulants alcooliques et à l'injection sous-cutanée du contenu d'une seringue d'éther.

Les suites furent assez simples : des injections phéniquées furent faites trois fois par jour. Le 19 février, c'est-à-dire quatre jours après l'accouchement, il y eut bien quelques douleurs dans la région droite du ventre, douleurs qui témoignaient d'un certain degré de métrite, mais elles disparurent après l'application d'une douzaine de sangsues et de cataplasmes chauds. Le 7 mars la jeune femme put se lever pour la première fois. Depuis elle se porte admirablement.

### Observation II

Mme L. 29 ans, blonde, lymphatique et de constitution arthritique (elle est sujette aux éruptions d'urticaire) avait déjà un enfant de cinq ans : ses premières couches avaient été simples.

Le 13 août 1883, elle était en travail depuis une quinzaine d'heures, quand sa famille me fit appeler. Les douleurs ne revenaient qu'à de longs intervalles et les contractions manquaient d'énergie. La dilatation était presque complète, le col était très mou et la tête engagée au détroit supérieur, en première position. Comme la femme se fatiguait et réclamait mon intervention, comme d'autre part, il n'y avait pas à douter de l'inertie utérine qui ferait traîner les choses en longueur jusqu'à complet épuisement de la femme, je fis immédiatement une application de forceps qui me permit d'amener assez rapidement une fille vivante.

Avant d'effectuer la délivrance, je donnai à l'accouchée, un gr. de seigle ergoté, je fis quelques frictions sur le ventre et parvins

facilement à extraire le délivre. Mais aussitôt une hémorrhagie abondante se déclara, et sans tâtonner, sans essayer d'aucun autre moyen j'introduisis vivement la main dans l'utérus, non pour essayer vainement d'en exciter les contractions avec les doigts, mais pour exercer la compression intra-utérine de l'aorte. Cette pratique me réussit aussi bien que dans l'observation I, car l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt.

Quand je me sentis fatigué, au bout d'un quart d'heure, la sage-femme me remplaça avantageusement en comprimant l'aorte, à travers les parois du ventre.

Il fallut au moins encore une heure de compression pour maîtriser l'hémorrhagie. Dès le début, j'avais fait placer l'accouchée dans la position horizontale.

La jeune femme éprouvait bien quelques tintements d'oreille, quelques vertiges, mais grâce à l'arrêt rapide, immédiat de l'écoulement sanguin elle n'eut pas autrement à en souffrir. Des injections phéniquées lui furent faites dès le lendemain et les suites de l'accouchement furent des plus heureuses. Au bout de trois semaines la jeune femme était complètement remise.

## Observation III

Mme R. 40 ans, molle, peu énergique, avait eu déjà trois enfants, sans aucun accident, quand le 17 mars 1883, à la suite d'un accouchement assez facile, d'une délivrance faite avec succès par la sage-femme, elle fut prise d'hémorrhagie. Je fus appelé et me rendis immédiatement près de l'accouchée. La sage-femme avait pratiqué des lotions d'eau froide en m'attendant, mais sans résultat. L'hémorrhagie n'était pas très abondante, cependant l'écoulement continu d'un filet de sang demandait une intervention active, d'autant plus que la femme accusait des tintements d'oreille et se sentait faiblir. Je fis commencer le traitement par des injections d'eau très chaude; en même temps j'exercais avec la main quelques frictions sur les parois du ventre. L'utérus ne revenait pas sur lui-même et de temps à autre de gros caillots passaient par la vulve. Je voulus alors faire la compression de l'aorte sur le ventre, mais la femme était très grosse et très grasse et il me fut impossible d'atteindre le vaisseau, alors je n'hésitai plus et

j'introduisis toute la main dans la matrice pour y comprimer l'aorte.

Une demi-heure de cet exercice suffit pour arrêter complètement l'hémorrhagie. Des injections phéniquées furent administrées dans le but de prévenir tout accident inflammatoire et la femme se rétablit parfaitement en quelques jours.

### Observation IV

Mme P. 42 ans, grande, mince et maigre, de tempérament lymphatique, avait eu déjà trois enfants sans aucun accident. Le 19 janvier 1884, comme elle touchait au terme de sa grossesse, elle s'aperçut d'une légère hémorrhagie et me fit appeler. Elle ne perdait guère plus qu'une femme à l'époque de ses règles. Craignant une insertion vicieuse du placenta, je touchai pour me rendre compte, mais je ne sentis que la tête de l'enfant à travers un col assez élargi pour admettre le doigt. Pas trace de placenta au niveau du col. Il était possible cependant que cet organe fût inséré dans le voisinage de l'orifice utérin et qu'il fût le siège d'un décollement partiel : car on ne comprendrait guère autrement cette hémorrhagie des derniers jours de la grossesse. Je fis garder le repos au lit et confiai la malade à une sage-femme expérimentée pour surveiller les événements.

L'écoulement sanguin par suite du repos, alla en diminuant, sans pourtant s'arrêter tout à fait et je pus attendre le moment de l'accouchement pour agir, s'il y avait lieu.

Deux jours après, Mme P. entra en travail et je me rendis de suite auprès d'elle, bien décidé à ne pas la quitter avant que tout danger fût écarté. Les douleurs étaient faibles, très espacées et n'étaient guère que des douleurs de reins. Le col très mou se dilatait lentement mais pouvait être élargi facilement avec le doigt. De temps à autre un filet de sang sortait de la vulve.

Les choses en étaient là depuis cinq ou six heures, quand voyant la faiblesse de la femme, très anémique, très molle, prête à défaillir, je me décidai à intervenir et à terminer rapidement l'accouchement. Je voulais en finir d'autant plus vite que je constatais une inertie utérine à peu près complète et que je pressentais une hémorrhagie grave, peut-être mortelle.

En tout cas, tant que durerait l'accouchement, tant que la tête

fœtale emplirait l'excavation, tant que le corps ne serait pas sorti de la vulve, je n'avais pas trop à craindre l'hémorrhagie qui serait plutôt prévenue par le passage du fœtus dans les voies utéro-vaginales où il ferait en quelque sorte l'office de tampon. Si, aussitôt après la naissance j'avais à combattre une hémorrhagie foudroyante, je serais prêt à employer le procédé qui m'avait déjà réussi et à introduire toute la main dans l'utérus pour y faire la compression de l'aorte.

J'appliquai donc le forceps au détroit supérieur, sur une tête en première position OIGA, à travers un col incomplètement dilaté mais facile à élargir; je n'eus du reste, à forcer aucune résistance et l'application fut facile. En dix minutes j'obtenais un enfant vivant.

Comme le sang coulait abondammeut je donnai du seigle ergoté et procédai aussi vite à l'extraction du placenta. Aussitôt un flot de sang parut mais je m'y attendais et je portai vite la main droite dans le fond de l'utérus où j'arrivai rapidement sur l'aorte. Il était temps, car la femme n'y voyait déjà plus et perdait presque connaissance, je demeurai là aussi longtemps que possible, environ vingt minutes sentant sous mes doigts les battements précipités de l'aorte, mais heureux de constater l'arrêt de l'hémorrhagie.

En même temps, de la main gauche, je frictionnai doucement le globe utérin qui ne paraissait nullement décidé à revenir sur lui même. Quand je me sentis fatigué, la sage-femme me suppléa en comprimant l'aorte par le ventre; je pus alors explorer avec précaution la surface intérieure de la matrice qui, très molle, très inerte, n'était le siège d'aucune contraction.

Comme je l'avais déjà constaté dans plusieurs cas, c'est le côté droit du fond de l'organe qui paraissait le plus inerte et le plus lent à revenir sur lui-même.

Il est probable que cette partie de l'utérus qui restait atonique, avait été le siège de l'insertion placentaire.

Il fallut plus d'une heure de compression tant intra qu'extra utérine de l'aorte pour arriver à réprimer l'hémorrhagie. L'accouchée était revenue à elle à la suite de boissons cordiales et d'injections hypodermiques d'éther.

Les suites de couches furent excellentes. Des injections phéniquées furent données trois fois par jour. Il n'y eut ni reprise de

l'hémorrhagie ni menace de métrite. En une dizaine de jours le rétablissement de la malade fut complet.

### Observation V

Femme A., âgée de 35 ans, d'une bonne santé, d'un embonpoint remarquable et d'un tempérament lymphatico-sanguin, sent les premières douleurs de l'accouchement le 8 janvier 1885.

Elle avait eu déjà trois enfants et était toujours accouchée de la façon la plus heureuse. Arrivée auprès d'elle la sage-femme constata une présentation de l'épaule et me fit appeler immédiatement. Je vérifiai le diagnostic de la présentation, lequel était exact, et comme le col était suffisamment dilaté, je me mis en devoir aussitôt de faire la version. Celle-ci ne fut pas facile, car si le premier temps et le deuxième s'effectuèrent sans trop de difficulté, il n'en fut pas de même du troisième, c'est-à-dire de l'extraction du fœtus qui était énorme. Ce temps, avec le dégagement très pénible des bras dura une vingtaine de minutes au moins ; néanmoins l'enfant était vivante, elle pesait douze livres toute nue.

Comme la mère perdait peu, j'attendis un quart d'heure avant de faire la délivrance. L'utérus ne revenait pas vite sur lui-même et je me tenais sur mes gardes dans la crainte d'une hémorrhagie.

Peu après l'extraction du délivre, le sang partit à flots. Sans perdre de temps, j'introduisis la main droite dans l'utérus pour y exercer la compression de l'aorte. Heureusement que je pouvais compter sur ce procédé, car dans le cas présent il m'eût été impossible d'atteindre le vaisseau à travers les parois du ventre, la femme étant trop grosse et trop grasse. Aussi, quand au bout de dix minutes, fatigué déjà par une version pénible je demandai à la sage-femme de me suppléer et de chercher à comprimer l'aorte, elle ne put y parvenir, car la paroi abdominale n'était ni assez souple ni assez dépressible pour permettre d'user de ce procédé. Je dus lui céder ma place et lui faire exercer après moi la compression intra-utérine, ce dont elle s'acquitta parfaitement. Au bout d'une demi-heure l'hémorrhagie avait cessé.

Cette femme, vraie *virago*, sans patience et sans jugement, voulut, malgré mes recommandations, se lever le lendemain de ses couches. Elle tomba sur le parquet et l'on dut la recoucher rapi-

dement. Les injections que j'avais ordonnées ne furent point faites. Aussi ne faut-il pas s'étonner si le troisième jour survinrent des frissons avec vomissements, météorisme, douleurs abdominales, etc., tous symptômes de la péritonite puerpérale qui enleva la femme A... au bout de cinq jours.

### RÉFLEXIONS ET CONCLUSIONS

Nous avons voulu démontrer dans ce mémoire que notre procédé de traitement de l'hémorrhagie *post partum* est un des plus efficaces. Nos observations, du reste, en font foi. Il est, de plus, inoffensif et si des complications graves ont enlevé notre accouchée de l'observation V, elles sont dues non pas au procédé employé pour arrêter l'hémorrhagie, mais au défaut de soins consécutifs et à l'imprudence de la malade.

Notre méthode n'est pas seulement très sûre et très efficace, elle est, en outre, très prompte, et la rapidité d'action n'est-elle pas une des meilleures conditions de victoire sur une hémorrhagie abondante ou même foudroyante ? C'est donc un moyen éminemment pratique de lutter contre les hémorrhagies *post partum*, or c'est là ce qui nous paraît faire son mérite. C'est aussi à ce titre que nous le proposons au jugement et au contrôle des praticiens et des accoucheurs qui voudront en faire l'essai.

---

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du* 12 *juillet* 1888.

*Présentations :* POLAILLON. — a) **Kysto-sarcome du ligament large,** avec la trompe et l'ovaire correspondants, *guérison* ; b) **Ovarite suppurée de l'ovaire gauche avec salpingite double**. *guérison.*

OLIVIER. — **Sonde à injections intra-utérines.**

LABUSQUIÈRE lit un rapport sur une observation de **fracture de la symphyse pubienne pendant l'accouchement**, adressée à la Société par le Dr Faux (de Figeac). Le fait est relatif à une femme de 25 ans, qui accouchait pour la première fois. Il semble qu'elle fût atteinte d'un rétrécissement du bassin, intéressant en particulier le détroit inférieur. Mais l'auteur ne donne pas de mensurations précises à ce sujet. En résumé, l'accouchement durait déjà depuis 13 heures, quand la sage-femme qui le dirigeait fit appeler le Dr Faux. Celui-ci, ayant constaté qu'il était nécessaire de recourir au forceps, fit successivement deux applications de cet instrument, le forceps ayant dérapé une fois. L'intervention fut menée avec beaucoup de prudence. Cependant, au moment ou la tête atteignait le périnée, on perçut un 1er craquement, et il s'en produisit un deuxième au moment où la tête franchit l'orifice vulvaire. L'expulsion de l'enfant fut suivie d'une hémorrhagie considérable, en raison de laquelle on fit la délivrance artificielle.

Ce n'est que le lendemain, à l'occasion du cathétérisme, que la fracture de la symphyse pubienne fut constatée, constatation qui donna l'explication des 2 craquements perçus la veille. *Suites de couches normales.*

LOVIOT fait une communication, très complète, sur la **version dite brusquée**. En premier lieu, il reprend l'historique de la question, et montre que la plupart des auteurs ont donné à cette dénomination, une signification autre que celle que lui avait accordée Mme Lachapelle, qui avait trouvé le mot. D'après les auteurs, en effet, la manœuvre ainsi dénommée, aurait ses indications spéciales et formelles dans les *dorso-postérieures*, et elle consisterait dans *l'introduction de la main en pronation forcée entre la face postérieure de la symphyse et la face antérieure du fœtus.*

Par contre, Mme Lachapelle n'avait nullement restreint l'emploi de la méthode à ces cas, de plus, cette méthode devait consister *à porter la main directement (brusquement) là où sont les pieds, — en pronation ou en supination, — en avant ou en arrière du fœtus, — suivant le besoin.*

L'auteur passe ensuite en revue les conseils donnés par différents auteurs (Jacquemier, Lenoir, R. Barnes, Nægelé et Grenser, Mangiagalli, Charpentier, Tarnier, Playfair, Maygrier), touchant la version brusquée et conclut, qu'à l'exception de Mangiagalli, Nœgelé et Grenser, on ne s'est pas suffisamment préoccupé de la

technique opératoire de cette opération. En ce qui le concerne, se fondant sur quelques interventions faites sur le vivant, et de nombreuses manœuvres sur le mannequin, il se prononce de la manière suivante sur la conduite à tenir dans les dorso-postérieures.

Nous faisons coucher la femme sur le côté, non du même nom que les pieds, mais de nom contraire. Si les pieds sont à droite, épaule gauche en CIG, nous faisons coucher la femme sur le côté gauche et nous introduisons la main droite, nous plaçant derrière la femme et passant notre main au-dessous de la cuisse droite, maintenue écartée et relevée par un aide.

Si les pieds sont à gauche, épaule droite CID, nous faisons coucher la femme sur le côté droit, et nous introduisons la main gauche de la même façon.

En résumé : Pieds à droite, main droite, décubitus latéral gauche.

Pieds à gauche, main gauche, décubitus latéral droit.

Les avantages de cette technique nous paraissent être les suivants :

1° La main de l'opérateur est introduite dans une situation intermédiaire à la supination et à la pronation, attitude non forcée par conséquent;

2° La paume de la main est dirigée d'emblée et naturellement du côté où sont les pieds.

3° On a pour soi l'action de la pesanteur; les pieds, en raison de leur situation supérieure, tendant en quelque sorte à tomber dans la main, qui va à leur rencontre.

Une fois les pieds saisis et amenés à la vulve, l'opérateur fera reprendre à la patiente le décubitus dorsal.

Le décubitus latéral a sur la position génu-pectorale, entre autres avantages, celui de permettre l'administration du chloroforme.

*Discussion.* — CHARPENTIER pense que, si le choix de la main n'est pas absolument indifférent, on est cependant dans la plupart des cas obligé à n'en pas tenir compte. La version est-elle difficile, la fatigue force l'accoucheur à changer de main. En réalité, le plus souvent, on fait comme on peut. Si les pieds sont en avant, il y a avantage à placer la femme dans la position génu-pectorale ou sur le côté. — PAJOT. Dans la présentation du tronc, le choix de la main est indifférent. La meilleure méthode est celle que professait A. Dubois. En général, les pieds sont au fond de l'utérus, il faut

donc aller, directement, au fond de la matrice. On ouvre alors largement la main, puis on la ramène par en bas. Il est rare qu'on ne rencontre par les pieds. Quand ceux-ci sont en avant, la position latérale ou la position génu-pectorale sont plus avantageuses. — Bailly estime que le meilleur précepte est de choisir pour exécuter la version, la main dont on est le plus habile. Il ne reconnaît pas des avantages marqués au décubitus latéral. Verrier déclare, qu'en raison de l'inclination habituelle de la matrice à droite, il faut placer la femme dans le décubitus latéral gauche.

Polaillon fait une communication sur **un danger du lavage du péritoine pendant la laparotomie.** — Obs. I. — Il s'agit de la femme à laquelle se rapporte la pièce qui a fait l'objet de la présentation (2) : *ovarite suppurée de l'ovaire gauche avec salpingite double.* Cette opération avait été fort laborieuse par suite du nombre et de la solidité des adhérences. Le décollement et le débridement de ces adhérences s'étaient accompagnés d'un épanchement de sang assez considérable, pour que le lavage du péritoine ait été jugé nécessaire. *Ce lavage fut fait avec de l'eau distillée chaude; or, tandis qu'on le faisait, la femme fut prise d'une syncope grave avec suspension de la respiration.* Respiration artificielle. Incision de la peau du cou comme pour la trachéotomie. A ce moment, quelques inspirations spontanées se produisirent et la patiente revint peu à peu à elle. *Guérison.*

Obs. II. — Elle est relative à une femme âgée de 28 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire, et décidé la laparotomie en raison des troubles sérieux que la tumeur, qui était volumineuse, déterminait. L'opération a été pratiquée le matin même du jour où cette communication est faite. Anesthésie préalable avec le chloroforme ordinaire des hôpitaux, et suivant le procédé ordinaire de la compresse flottante, appliquée sur la bouche et le nez. Il s'agit d'un kyste volumineux, enclavé dans le ligament large gauche. Le débridement de quelques adhérences s'accompagne d'un épanchement de sang dans la cavité abdominale. En raison de l'absence de pédicule, deux broches sont passées en croix au niveau de la portion inférieure, l'on applique un lien élastique, et l'on enlève la partie située au-dessus. Puis, *lavage du péritoine* avec de l'eau distillée, bouillie, phéniquée à 1 0/0, et à une température d'environ 37°. « *Le lavage s'effectuait depuis deux ou trois minutes, lorsque, tout à coup, la respira-*

*tion s'accélère, puis s'affaiblit et s'arrête. La face devient violacée. Mais le cœur continue à battre régulièrement. On pratique immédiatement la respiration artificielle, et on la continue méthodiquement. A 11 heures, la respiration ne s'établissait pas spontanément, on fait l'incision pour la trachéotomie. Quelques faibles inspirations se produisent et se continuent légèrement pendant 10 à 15 minutes. La coloration de la face est moins violacée. Les pupilles sont à demi contractées. Le cœur bat régulièrement et rapidement. Mais la connaissance ne revient pas.*

Suture abdominale, et traitement extra-péritonéal du pédicule.

*Malgré des inspirations d'oxygène pur, malgré l'excitation produite par des pointes de feu sur le thorax, malgré des flagellations, des frictions sur la peau, des injections d'éther, etc., la respiration spontanée ne peut s'établir d'une manière durable. Nouvelles tentatives de respiration artificielle, saignée. Les battements du cœur deviennent de plus en plus faibles. Les pupilles se dilatent une heure et demie environ après le début de l'intervention, la mort était certaine.*

La chloroformisation avait duré environ 35 minutes, et on avait employé environ 40 grammes de chloroforme.

« J'avais déjà fait couler deux litres d'eau antiseptique chaude dans le bassin, et, comme cette eau ressortait encore très teintée par le sang, je fis encore couler l'eau d'un nouveau flacon, qui était accidentellement plus chaude que la précédente. Le bassin de l'opérée étant plein d'eau, *cette injection se répandit entre les anses intestinales jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen. C'est à ce moment que la respiration s'arrêta.*

« L'action combinée du chloroforme et de l'injection chaude a occasionné la mort de mon opérée, mais j'ai la conviction que *l'injection en a été la cause principale.* »

Je crois pouvoir conclure que le lavage du péritoine est une pratique dangereuse, lorsque l'on pénètre dans les régions supérieures du ventre, et surtout lorsqu'elle arrive au contact de la face inférieure du diaphragme. Pour atténuer ce danger, il faut : 1° placer l'opérée dans une position déclive, de manière à ce que le lavage soit limité au bassin et à la partie inférieure de l'abdomen ; 2° employer de l'eau dont la température ne soit jamais supérieure à 37°.

*Discussion* : L. J. CHAMPIONNIÈRE, se prononce contre le lavage du péritoine. L'emploi des solutions phéniquées faibles est inutile, celui des solutions phéniquées fortes est dangereux. Il n'est pas indifférent, de mettre en contact toute la surface du péritoine avec une solution phéniquée. Pour lui, il se contente de désinfecter les points suspects, au moyen d'une éponge imbibée d'une solution forte. Les précautions qu'il prend pour éviter, à n'importe quel moment de l'opération, toute contamination extérieure, le dispense de recourir à des pratiques semblables à celles du lavage.

D'ailleurs, contrairement à l'opinion émise par son collègue, il croit devoir imputer cette mort malheureuse au chloroforme. Il a pu se convaincre que le chloroforme des hôpitaux est médiocre, qu'il est surtout mal conservé. GUÉRIN se souvient qu'au cours d'une laparotomie, qu'il y a 7 ou 8 ans il pratiqua chez un homme atteint d'obstruction intestinale, ayant été forcé d'introduire les mains à plusieurs reprises dans le ventre, chaque fois que sa main s'approchait du diaphragme, la respiration s'arrêtait et le cœur faiblissait. POLAILLON, sans être un partisan enthousiaste du lavage du péritoine, persiste à le croire utile dans les cas où le bassin est rempli de pus et de sang. En outre, même après les remarques de M. Championnière, il continue à mettre en cause, dans l'apparition des accidents signalés, l'action combinée du lavage et du chloroforme.

GUÉNIOT. **Sur un cas de version par manœuvres internes.** — Il s'agit d'une femme, âgée de 30 ans, 3e accouchement. Les deux premiers accouchements, *normaux*. Le médecin qui dirigeait l'accouchement, ayant pensé à une présentation du tronc, fit appeler M. Guéniot. A son arrivée, le toucher permit de constater que la dilatation était à peu près complète, la poche des eaux intacte, le détroit supérieur libre. Par le palper, on reconnut la présence dans l'hypochondre gauche et la fosse iliaque droite de deux masses volumineuses, d'où le diagnostic probable : *présentation du tronc*. L'état de contraction de la matrice, les résistances de la malade qui se prêtait mal aux explorations, ne permirent pas de poser un diagnostic plus précis. Pour cette raison, et parce que les conditions étaient très favorables à l'exécution de la version par manœuvres internes, on procéda sans retard à cette dernière opération. Les tentatives de réduction ne furent pas, volontairement, essayées. La femme ayant été placée en position obstétri-

cale, et anesthésiée, ce à quoi suffirent quelques inhalations de chloroforme, la poche des eaux fut percée, et la main introduite dans l'utérus. L'opérateur reconnut alors qu'il se trouvait en présence d'une présentation de l'épaule gauche en CID. Le pied gauche, le moins favorable, fut saisi. Néanmoins l'évolution fœtale s'accomplit sans difficulté. Après l'expulsion du tronc, on reconnut la présence de circulaires du cordon (il y en avait 3) autour du cou du fœtus. Section du cordon, et terminaison de l'extraction. Enfant, pesant 3000 gr., légèrement asphyxié, mais vite ranimé. Délivrance normale. Le cordon ne mesurait que 50 cent. Les trois circulaires avaient donc produit une *brièveté considérable* de la tige funiculaire. La tête fœtale était retenue en haut. Suites de couches régulières. L'auteur termine par les conclusions suivantes : 1° *que la brièveté accidentelle du cordon peut devenir une cause de présentation du tronc;* 2° *que, pour pratiquer la version, même quand l'œuf est resté intact, les manipulations externes ne doivent pas être toujours et dans tous les cas préférées aux manœuvres internes.*

*Discussion :* Loviot pense, que même dans les conditions de cet accouchement, on devait recourir à la version par manœuvres externes, qu'il faut surtout *s'efforcer de verticaliser le fœtus :* tête en bas si l'on peut ; siège en bas, si l'on ne peut faire autrement. — Bailly et Charpentier, par contre, se déclarent absolument en faveur de la conduite adoptée par Guéniot. Celui-ci fait de nouveau remarquer que la brièveté accidentelle du cordon aurait fait échouer et rendues dangereuses les manœuvres externes.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

### *Suite de la discussion sur le traitement des fibromes de l'utérus* (1).

Tillaux. — Contrairement à ses collègues, il donne, dans le traitement des fibromes utérins, la préférence à l'hystérectomie. On a dit en faveur de l'oophorectomie : a) Qu'elle était plus facile ; b) qu'elle était moins grave. Sans doute, dans certains cas, lorsqu'on a l'ovaire sous les yeux, dans la main, qu'il se laisse découvrir et enlever, comme en se jouant, l'opération est simple.

(1) Vid. in. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, juin 1888, p. 416 et sept., p. 211.

Mais combien sont nombreux les cas, où cette recherche des ovaires, cette extirpation est laborieuse, irréalisable. Sous le rapport de la gravité, on a dit qu'elle était moins grave que l'hystérectomie, cela est vrai. Cependant le chiffre de la mortalité atteint 14 0/0. D'autre part, l'oophorectomie ne réalise pas sûrement le but à atteindre.

Est-elle en état de parer aux accidents de compression qui sont souvent le phénomène prédominant. Est-elle en état de mettre fin, d'une façon certaine, aux accidents douloureux auxquels donnent si souvent lieu les fibromes utérins ? La réussite ne peut être aussi certaine que celle fournie par l'hystérectomie.

Mais s'il ne s'agit que de combattre des hémorrhagies graves, j'accorde qu'on ait recours à l'extirpation des ovaires, si elle est possible. C'est alors, et alors seulement, qu'elle me paraît pouvoir être de mise. Tillaux résume sa pratique de la manière suivante : « *Lorsque je me trouve en présence d'un fibrome de l'utérus et que l'opération s'impose, je pars pour l'hystérectomie; que si, en route, je m'aperçois qu'elle est impossible, je me rabats sur l'oophorectomie ; j'enlève les deux ovaires, si je le peux, ou du moins l'un des deux; ou bien, enfin, je me contente des ligatures multiples atrophiantes, dont a parlé* M. Terrier ».

Monod cite une observation de castration double, pour fibrome utérin, à la suite de laquelle, malgré la certitude absolue partagée par l'opérateur et ses aides (Terrillon, Schwartz) que les deux ovaires avait été enlevés en totalité, des hémorrhagies s'étaient montrées à plusieurs reprises, dans les 18 mois qui suivirent l'opération. Mais ces pertes de sang n'empêchèrent pas que la femme ne retirât un grand bénéfice de l'intervention, car elle prit de l'embonpoint, de la force; aujourd'hui, deux ans après l'opération, elle jouit d'une santé très satisfaisante et les pertes de sang sont complètement supprimées. En terminant, Monod déclare qu'il ne saurait se rallier à la théorie de Kœberlé et Terrier, d'après laquelle on devrait admettre toutes les fois qu'on voit se produire des hémorrhagies malgré une castration bilatérale, que l'extirpation des ovaires n'a pas été complète. Il se demande, en outre, s'il ne faut pas rapporter la suppression des hémorrhagies, observée dans la plupart des cas, plutôt aux ligatures appliquées sur les vaisseaux utéro-ovariens, *ligatures atrophiantes* (Terrier), qu'à la castration elle-même. Quoi qu'il en soit, l'ablation des

POLAILLON. — Il importe, au point de vue de l'intervention, de distinguer entre les fibromes qui s'accompagnent d'une hypertrophie de la matrice avec augmentation de la cavité utérine, et ceux qui n'entraînent pas ces modifications. Les premiers se compliquent en effet de pertes de sang, soit au moment des règles, soit durant la période intercalaire. C'est à ces derniers que la castration, faite dans le but d'amener une ménopause prématurée, est applicable. Mais, où cette opération donne des résultats tout à fait satisfaisants, c'est lorsqu'il s'agit de parer à des métrorrhagies associées à une hypertrophie générale de la matrice, *gigantisme utérin*. Car, toutes les fois qu'il n'y a pas hypertrophie simple, qu'il y a au contraire coexistence de tumeurs fibreuses, l'auteur donne la préférence à l'hystérectomie abdominale. Sur trois oophorectomies pour fibromes utérins compliqués d'hémorrhagies, il a eu deux morts, tandis que sur dix hystérectomies abdominales pour la même affection, il n'a perdu que deux malades. Et, l'une de ces deux femmes était déjà dans un état désespéré avant l'opération.

MM. BOUILLY, CHAMPIONNIÈRE, TERRIER, ajoutent quelques remarques, et, en particulier, se prononcent à nouveau en faveur de la castration. M. P. SEGOND fait un résumé général de la discussion et conclut de la manière suivante : La valeur curative de la castration ovarienne n'est plus à démontrer et les grands services qu'elle est appelée à rendre dans le traitement des fibromes ne sont plus contestables. Dans certains cas rares, mais indéniables, on doit la considérer comme une méthode de choix, et, bien que la détermination de ses indications, très imparfaite encore, reste l'objectif essentiel de nos recherches ultérieures, plusieurs côtés de la question n'en sont pas moins dès maintenant élucidés. La castration ovarienne convient surtout aux fibromes de dimensions moyennes ou petites, qui réclament l'intervention à cause des troubles fonctionnels ou douloureux qu'ils engendrent, et particulièrement des hémorrhagies qu'ils provoquent.

Ceci n'est, bien entendu, qu'un aperçu très général des indications de l'opération, et c'est à l'avenir qu'il est réservé de mieux préciser les indications de son opportunité dans tel ou tel cas particulier. Toutefois, parmi les considérations variées dont il faut tenir compte dans la solution de cette importante question, il en est une dont la grande importance est maintenant démontrée ; je veux

parler des indications tirées des ovaires. C'est là, suivant M. Terrier, le nœud de la question, et je ne pouvais souhaiter à mes idées personnelles sur ce point une confirmation plus décisive. (*Bull. et mém. de la Société de chirurg.*, 1888, n° 6.)

---

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE BERLIN

*Séances du 27 avril et du 11 mai.*

*Présentations* : OLSHAUSEN. — **Myôme du poids de 16 livres**, extirpation supra-vaginale après laparotomie.

ORTHMANN. **Du cancer de la trompe.** — Les observations de cette affection, réunies jusqu'à ce jour, sont très peu nombreuses. Kiwisch déclare, sur un total de 73 cas de cancer utérin, avoir rencontré 18 fois le carcinome tubaire, et il n'ajoute aucun autre renseignement; Drittich, sur un relevé de 94 cas de maladie cancéreuse générale, n'a trouvé que 4 carcinomes de la trompe.

L'auteur, dans toute la littérature médicale qu'il a pu compulser, n'a recueilli que 13 cas de carcinome tubaire, plus ou moins exactement décrits. Il ressort de l'examen de ces faits que, dans le plus grand nombre des cas (neuf), c'est l'utérus qui fut primitivement malade, et que, dans les quatre autres, ce fut l'ovaire. 6 fois la maladie était bilatérale, et, le plus souvent, associée à un cancer du corps de la matrice; 7 fois, elle était unilatérale. Le siége du carcinome est tantôt la muqueuse tubaire, tantôt la paroi musculeuse, ou bien le revêtement séreux. La variété médullaire paraît être la plus habituelle ; la forme fibreuse ou squirrheuse plus rare. Macroscopiquement, ce avec quoi il est le plus facile de confondre la néoplasie cancéreuse, c'est le papillome tubaire, néoplasme toutefois absolument bénin ; A. Doran a décrit exactement deux faits rentrant dans la catégorie de ceux dont il est ici question. L'auteur rapporte ensuite en détail trois cas de carcinomes tubaires, observés dans le service de Martin, environ dans le délai d'un an.

Il ressort de ce travail : 1° que le carcinome *primitif* de la trompe représente une véritable entité morbide ; 2° que, dans le cas de cancer *secondaire* de la trompe, c'est l'utérus qui est l'organe primitivement affecté.

*Discussion* : C. RUGE. — Il a observé la dégénérescence cancéreuse, secondaire, mais jamais primitive, de la trompe. Eu égard

à son expérience personnelle, il ne peut que déclarer que les dégénérescences cancéreuses secondaires de la trompe sont plus fréquentes à la suite de tumeurs ovariques de mauvaise nature que du cancer du corps de l'utérus. En dépit de recherches minutieuses sur l'état des trompes, dans le cas de cancer du corps, il n'a constaté qu'une seule fois l'invasion de la trompe et des tissus voisins par le processus cancéreux ; ces altérations siégeaient sur la portion de la trompe voisine de la matrice, sur une longueur environ de 1 cent. ; le reste de l'organe était sain.

WINTER rappelle un cas de carcinome tubaire, dont il a présenté, il y a un an, la pièce à ses collègues. Il s'agissait, en réalité, d'un carcinome primitif de l'ovaire, qui, sous-séreux, s'était développé dans la tunique moyenne de la trompe Celle-ci était étroitement accolée à la tumeur. L'extrémité abdominale de la trompe était oblitérée, et dilatée. Dans l'intérieur de l'organe, il existait un noyau cancéreux, qui, émané de l'ovaire, s'était ensuite développé dans la cavité de la trompe. La trompe elle-même était complètement saine. On peut, en somme, ranger ce carcinome, dans la trompe, parmi les carcinomes secondaires.

OLHSAUSEN a observé un certain nombre de cas d'affections malignes de la trompe. Entre autres, un, qui présente un intérêt spécial, se rapporte à une femme avancée en âge, qui fut opérée pour une tumeur bilatérale des ovaires. Les tumeurs avaient une disposition lamellaire toute spéciale. Dans la trompe gauche il constata la présence d'une tumeur grosse comme une noisette, qui fut considérée par le Prof. Marchand comme un type d'*endothélium*. Le fait que la dégénérescence cancéreuse de la trompe comme conséquence d'affections malignes des ovaires, constitue une éventualité rare, trouve son explication dans les conditions anatomiques de la circulation lymphatique.

A. MARTIN. **De la laparotomie, pratiquée plusieurs fois chez la même personne.** — L'auteur a eu l'occasion, dans 22 cas, de répéter de 2-3 fois la laparotomie chez la même personne ; il ne tient pas compte dans ces faits de ceux où il a été conduit à réouvrir le ventre, de 3-10 jours après l'intervention première. Ces derniers, sous le rapport de l'opération et de leurs indications (septicémie, iléus), offrent moins d'intérêt.

Voici comment se répartissent les indications à une 2e ou 3e laparotomie ;

a) 10 fois, *maladies des ovaires* (5 fois dégénérescence de l'ovaire, laissé sain après la première laparotomie ; 2 fois ovarite chronique subaiguë de l'ovaire abandonné dans la cavité abdominale ; 2 fois affection des ovaires à la suite d'opérations de myômes, 1 fois dégénérescence de l'ovaire consécutivement à la néphrectomie.

b) 7 fois *maladies des trompes* : (2 fois gonorrhée récente ; 4 fois récidive d'un processus analogue dans la trompe qui était saine ; 1 fois, dans la 1re opération faite du côté opposé à celui où siégeait la tumeur, celle-ci n'avait pas été extirpée ; cette extirpation réussit dans la seconde laparotomie.

c) 4 fois, des myômes se développèrent après la 1re laparotomie.

d) Dans 3 autres cas enfin, on obéit à des indications d'un autre ordre : a) formation d'une fistule ; b) hématome rétro-péritonéal ; c) iléus, qui survint 2 ans après une amputation supra-vaginale, comme conséquence d'adhérences entre le moignon et l'intestin.

Même dans les cas où les suites opératoires d'une première intervention s'étaient montrées absolument apyrétiques, on constata, d'une manière générale, des adhérences de l'intestin à la paroi abdominale. (Cent. f. Gynäk. 1888, nos 21 et 25.)

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LEIPSICK

*Présentations :* SANGER. a) **Kyste parovarique de la grosseur d'une tête d'enfant.** *Guérison.*

b) **Cystome papillomateux, débutant, de l'ovaire.** *Guérison.*

c) **Cystome glandulaire, débutant,** *Guérison.*

d) **Kyste tubaire, suppuré,** *Guérison.*

e) **Préparations de sang, provenant d'une accouchée, atteinte de leucémie.**

DÖDERLEIN. **De la présence et de l'importance de micro-organismes dans les lochies d'accouchées saines et malades.**—En premier lieu, l'auteur s'occupe brièvement des rapports de la morbidité et de la mortalité dans les suites de couches. Tandis que le chiffre de la mortalité s'est abaissé à un taux que, jadis, on eût à peine osé espérer, celui de la morbidité reste relativement très élevé. C'est que, sans doute, il est encore quelque détail de la désinfection des voies génitales pendant l'accouchement, qui n'a pas été suffisam-

ment étudié. Il y a deux sortes d'élévations de la température durant les suites de couches qui tranchent vivement. Dans le nombre, de beaucoup le plus grand, de ces cas, il s'agit d'une fièvre qui ne dure que peu de jours, qui ne s'élève jamais au-dessus de 39° C. *Suites de couches troublées* (*gestörtes Wochenbett*, selon l'expression de Zweifel); les autres correspondent à de véritables processus pathologiques.

La question de savoir si ces deux variétés de processus pyrétiques doivent être considérés comme les conséquences d'une infection survenue pendant l'accouchement, ou si les premiers sont l'expression symptomatique de troubles survenus dans d'autres organes (intestin, mamelles), est résolue de façons diverses.

L'auteur s'est donc proposé de rechercher si, par l'examen bactériologique des lochies des accouchées saines, aux suites de couches troublées, et pathologiques, il serait possible de résoudre le problème, et de déterminer si les suites de couches troublées et les suites de couches pathologiques s'associent à des micro-organismes différents.

Contrairement à ce qui fut fait dans les recherches expérimentales antérieures de Scherer, Rokitansky, Kehrer, Karewski, Doderlein a puisé, en s'entourant des plus grandes précautions, les lochies dans l'utérus lui-même, parce que, dans le vagin, elles sont souillées par les germes nombreux qui vivent dans cet organe. Cette prise du liquide dans la cavité utérine, sous la sauvegarde de précautions rigoureuses, n'a jamais entraîné la plus petite conséquence fâcheuse.

Le liquide ainsi obtenu a été immédiatement examiné au microscope, puis cultivé sur la gélatine et l'agar-agar et l'on est arrivé à ce résultat que : a) l'*utérus, dans les suites de couches normales* (la température ne dépasse jamais 38° C.), *ne contient en général pas de germes.*

b) *Dans les suites de couches troublées, il renferme des germes, bacilles et coccus, qui sont éliminés grâce à une sécrétion augmentée et purulente, en même temps que la température revient à la normale.*

c) *Les processus pathologiques des suites de couches sont le résultat d'une infection causée par des germes pathogènes* (streptococcus pyogenes).

En ce qui concerne la question si controversée de l'auto-infec-

tion (*Selbstinfection*), il a pu, dans un cas semblable compliqué d'abcès puerpéral, trouver dans les lochies du vagin un germe pathogène, le *staphylococcus pyogenes aureus*. Dans d'autres cas analogues, l'utérus contenait des germes, mais ils n'avaient aucune propriété morbigène.

L'auteur, pour les cas de suites de couches pathologiques, place le point de départ de l'infection dans le doigt explorateur, dans les instruments qui entrent en contact avec les organes génitaux, etc.

Quant aux troubles des suites de couches, aux cas d'auto-infection, il faudrait les attribuer aux micro-organismes qui vivent dans le vagin, et dont les propriétés infectieuses sont si diverses. En tout état de cause, ce que l'on désigne sous le nom d'auto-infection ne serait pas une auto-infection dans le sens propre du mot.

Les conclusions de ce travail, au point de vue pratique, c'est qu'il faut s'appliquer à réaliser, comme d'ailleurs on l'a déjà dit, une antisepsie rigoureuse du vagin et de la cavité du col. La désinfection du canal génital des femmes enceintes et des accouchées réclame de nouvelles recherches.

*Discussion :* ZWEIFEL, SANGER, DÖRDERLEIN.

SANGER. **Fistule vésico-vaginale combinée avec une fistule vésico-cervicale ; nouveau procédé d'oblitération de cette dernière.** — Femme âgée de 32 ans, IV pare ; bassin plat, rachitique, second degré. 1er accouchement, terminé avec le forceps ; 2e et 3e, normaux. Les fistules survinrent à la suite du 4e accouchement terminé, après cinq jours de douleurs, par la version et l'extraction d'un enfant mort (présentation du tronc). Environ 8 semaines après l'accouchement, constatation d'une fistule vésico-vaginale, siégeant environ dans le tiers supérieur du vagin, et qui admettait l'index. Fermeture de cette fistule, à l'aide de 11 points de suture avec du fil de soie, réunion par première intention. Cependant, incontinence partielle de l'urine. Il semblait qu'il persistât encore un fin trajet fistuleux. Du lait ayant été injecté dans la vessie, on s'aperçut qu'il en ressortait par le col de l'utérus. Et, après dilatation de la cavité cervicale avec des tiges de laminaire, on aperçut, à 1/2 centim. environ au-dessus de la déchirure du col produite par l'accouchement et un peu à gauche de la ligne médiane, une fistule qui communiquait avec la vessie. La patiente, étant placée dans le décubitus latéral de Sims, le col fut divisé des

deux côtés par en haut. Puis du côté droit (le supérieur, dans la position de la femme) la muqueuse cervicale fut suturée à la muqueuse vaginale, du côté gauche, avivement comme pour une opération d'Emmet et même suture, 4 points avec du fil de soie, qui furent noués du côté du vagin. Guérison par première intention, continence complète. (*Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 23.)

Dr R. Labusquière.

---

# BIBLIOGRAPHIE

**Le sinus uro-génital, son développement, ses anomalies.** Th. de Paris. A. Issaurat. L'auteur a divisé son travail en sept chapitres :

1° Développement du sinus uro-génital.

2° Organes féminins qui en dérivent.

3° Organes masculins qui en dérivent.

4° Anatomie comparée.

5° Homologies des organes génitaux externes dans les deux sexes.

6° Anomalies des organes génitaux externes de l'homme et de la femme.

7° Observations.

Dans le premier chapitre l'auteur montre comment le sinus uro-génital s'isole du cloaque pour devenir une région bien délimitée. Il décrit l'évolution des parties qui le constituent et arrive à l'état dit indifférent qui, pour lui, n'existe pas au point de vue morphologique. Ce chapitre est terminé par un rapide coup d'œil sur l'évolution des organes génitaux internes dont il est difficile de séparer l'histoire d'avec celle des organes génitaux externes.

Le 2e chapitre est l'énumération et la description des organes qui, dans le sexe féminin, dérivent du sinus uro-génital ; à la fin, un mot sur les organes rudimentaires et sur l'origine de l'hymen, que certains auteurs font dériver du vagin, alors que d'autres le considèrent comme une dépendance de la vulve.

Le 3e chapitre traite des organes masculins qui se forment aux dépens du sinus uro-génital, et, comme dans le chapitre précédent, étude des organes rudimentaires.

L'anatomie comparée montre dans le chapitre suivant les modifications des organes génitaux dans la série animale, à partir des êtres qui présentent un sinus uro-génital.

Le chapitre 5 traite des homologies des organes génitaux de

l'homme et de la femme; avant de faire le parallèle des organes, l'auteur nous fait l'historique de la théorie des homologies et des analogies; il nous montre rapidement ce qu'était la théorie dite des *Philosophes de la nature*, les lois d'É.-Geoffroy Saint-Hilaire et, après une citation fort amusante de Diderot, il nous montre sur quelles bases doit être appuyée la recherche des homologies.

Ce chapitre, un des plus importants de l'ouvrage, renferme deux tableaux synoptiques résumant les homologies des organes génitaux de l'homme et de la femme. Il se termine par une discussion sur l'homologie de l'hymen avec le verumontanum ou le bulbe de l'urèthre; et sur la comparaison, encore controversée dans les détails, entre l'urèthre masculin et l'urèthre féminin.

Le 6e chapitre traite des anomalies des organes génitaux externes de l'homme et de la femme, et surtout de celles que l'on désigne sous le nom d'hermaphrodismes; un mot d'historique et quelques considérations sur le caractère et l'habitus extérieur des hermaphrodites, rendent le sujet un peu moins aride.

Le dernier chapitre nous offre une suite d'observations dont le nombre n'est peut-être pas considérable, mais qui ont été choisies et présentées dans un ordre méthodique et raisonné.

Ainsi qu'il ressort de cette exposition sommaire, l'auteur a abordé un certain nombre de questions, qui sont d'un grand intérêt. Et, comme il l'a fait avec beaucoup de science et de goût, nous ne pouvons que vivement conseiller la lecture de son travail.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**19 hystérotomies,** Krassowsky. En 3 ans, Krassowski a pratiqué 19 fois l'opération. Parmi ces opérées, 6 étaient âgées environ de 30 ans, 9 de 40 ans, et 4 de 50. Ni l'âge, ni l'état général de la nutrition n'ont paru avoir une action marquée sur les suites opératoires. Le début précoce de la menstruation semble favoriser le développement des tumeurs fibreuses, mais la suppression des règles n'exerce aucune influence de nature à arrêter ce développement.

Dans la moitié des cas (10 fois), l'extirpation de la matrice s'impose tout d'abord au cours d'autres opérations (trois fois ovariotomie bilatérale).

Il s'agissait 10 fois d'hémorrhagies ; 6 fois de douleurs abdominales violentes au moment des règles; 2 fois de périmétrite; une

fois enfin d'un fibrome qui s'était développé sans s'accompagner de phénomènes réactionnels accusés.

Les moyens thérapeutiques employés avant l'opération étaient restés sans résultats, particulièrement les injections sous-cutanées d'ergotine. Dans un cas, on en avait fait jusqu'à 200, sans qu'on fût parvenu à enrayer l'évolution de la tumeur.

Les indications de l'intervention étaient les suivantes : volume de la tumeur (10 fois), adhérences marquées du kyste ovarique avec l'utérus (6 fois), ou petits kystes multiples de la matrice, constatés au cours de l'ovariotomie (3 fois).

Quant à la durée de la maladie, il est difficile de porter un jugement. Les malades, en effet, se présentent au médecin lorsque l'affection dure, déjà, depuis quelque temps ; mais, du moment où les malades furent examinées jusqu'à celui où l'opération fut pratiquée, il s'écoula de 1-15 années.

Comme dans deux cas seulement l'opération marcha d'une manière tout à fait régulière, que dans tous les autres il existait des adhérences plus ou moins étendues avec les autres organes, et que l'ablation de l'utérus complique singulièrement l'ovariotomie, l'auteur soulève les questions suivantes :

1) Lorsque après une ovariotomie double, on constate que la matrice est semée de fibroïdes, n'est-il pas préférable de ne pas extirper la matrice, particulièrement lorsque les fibroïdes sont petits ?

2) Lorsqu'un ovaire est malade, mais que la matrice est atteinte de tumeur fibreuse, n'est-il pas plus avantageux d'extirper, à la place de l'utérus, l'ovaire sain ?

N'est-il pas préférable, dans les cas d'adhérences très vasculaires d'un kyste ovarique avec l'utérus, de se contenter de faire une ovariotomie incomplète que d'extirper l'utérus ? La solution de ces questions exige une expérience plus complète.

L'auteur fait la remarque que, quand il s'agit de laparotomie, il faut s'attendre à des surprises. Ainsi, dans un cas de diagnostic de kyste colloïde de l'ovaire, on tomba sur un myôme utérin.

La durée de l'opération varie de 4 à 6 heures ; cependant, elle ne paraît avoir aucune influence sur l'issue de l'acte opératoire. 12 fois le pédicule fut traité par la méthode extra-péritonéale avec une mortalité de 50 0/0 : 7 fois il fut abandonné dans le ventre, avec une mortalité de [illegible] 0/0.

L'[illegible] opérations [illegible] mortalité moyenne de 44 0/0, par la remar

que que 17 fois il s'agissait de cas très graves. Sur 9 femmes, chez lesquelles l'antisepsie fut très rigoureusemeut appliquée, il n'en mourut que 2.

Durant l'opération K.. n'emploie pas le spray, seulement on désinfecte soigneusement la chambre avant l'opération au moyen de pulvérisations faites avec une solution phéniquée à 5 0/0. Les mains et les instruments sont nettoyés avec une solution de sublimé (1/2 0/00) ; dans ces derniers temps, on s'est servi d'une solution à 1 0/0 de biiodure rouge de mercure, additionnée d'une proportion d'iodure de potassium égale aux trois quarts du poids du mercure. Cette solution au centième était ensuite étendue de 40,000 parties d'eau. L'auteur vante les propriétés désinfectantes de cette solution.

Il attire ensuite l'attention sur les soins qu'il convient d'apporter au choix des substances qui servent pour les ligatures, car, il croit avoir constaté que, souvent, les ligatures sont le point de départ de processus infectieux.

Les ligatures métalliques sont immédiatement avant l'opération flambées et plongées dans une solution phéniquée à 5 0/0; les ligatures en soie sont, pendant deux heures, plongées dans une solution bouillante de sublimé (1 0/00 ou d'iodure de mercure 2 0/00). Les instruments sont lavés avec de l'eau bouillie, puis conservés dans l'alcool à 90 0/0 et, immédiatement avant l'opération, désinfectés avec une solution d'iodure de mercure (1 : 3,000). L'opérateur lave ses mains dans cette même solution et en humecte les ligatures et le moignon. Dans ces derniers temps, il appliquait sur la plaie un mélange d'iodure de mercure et de collodion. Le bandage est maintenu pendant 7 à 8 jours. (*Journal für Geb. und Frauenkrankheiten et Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 12.)

---

**Études relatives à l'étiologie du carcinome.** (Studien zur Actiologie des carcinoms.)

E. Senger. — En dépit d'un grand nombre de tentatives, Senger n'a pu réussir à produire le carcinome chez les animaux (souris, lapins, chiens). Il est vrai qu'on constatait une augmentation de volume du fragment du tissu cancéreux inoculé, mais elle était plutôt la conséquence de la quantité considérable de globules blancs, pénétrant dans les vaisseaux nouvellement formés, et peut-être aussi du tissu adipeux, riches en noyaux, de nouvelle forma-

tion. Car, il n'apparut aucune prolifération proprement dite des cellules du cancer ; bien au contraire, le fragment cancéreux mérite d'être tenu pour un corps organisé, mort, dans l'organisme vivant.

Sous le rapport des spores et du bacille de Scheurlen, Senger ne peut, d'après ses propres recherches microscopiques, se prononcer que d'une manière négative. Car, d'une part, il n'a jamais pu constater la présence de spores. Il n'a aperçu que des gouttelettes de graisse, très semblables à la vérité aux spores. En secouant fortement, un fragment ramolli de tissu cancéreux plongé dans un mélange d'éther et de chloroforme, ce fragment diminuait peu à peu, puis se dissolvait.

Sur un nombre de 350 inoculations, pratiquées sur tous les milieux de culture connus, pas une fois, il n'a réussi à cultiver un micro-organisme, qui eût avec le cancer quelque rapport étiologique. Sauf dans un cas, il n'a jamais isolé le bacille de Scheurlen. Il avait, à cette occasion, inséré directement sur la pomme de terre un fragment cancéreux. Or, les études comparatives faites relativement à ce germe, à celui de Scheurlen, et à celui dégagé de la pomme de terre sans inoculation préalable, l'ont persuadé qu'il convient de désigner le bacille décrit par Scheurlen, comme le bacille de la pomme de terre (*Kartoffelbacillus*), et qu'on peut lui donner le nom de B. *mesentericus rotiginosus* (couleur de rouille). (*Cent. f. Gynäk.* 1888, n° 30 et *Berl. klin. Wochenschrift*, 1888, n° 10.)

---

**De la mastite puerpérale** (Ueber puerperale mastitis). OLSHAUSEN. — L'auteur est d'avis, opinion acceptée par la plupart des jeunes accoucheurs, que la mastite est toujours la conséquence d'une infection. Celle-ci peut suivre deux voies, soit les raghades, soit les orifices des conduits galactophores, cette voie de l'infection est la plus habituelle. Une stase antérieure du lait favorise la pénétration des micro-organismes. Le plus souvent, il s'agit de staphylococcus.

La prophylaxie consiste dans la propreté, l'asepsie rigoureuse du mamelon quand il est devenu le siège d'une lésion, et dans le nettoyage de la bouche de l'enfant. La mastite est-elle déjà un fait accompli, il faut ne plus donner le sein à l'enfant, tenir la mamelle relevée, et, quand le processus inflammatoire est superficiel,

appliquer une vessie de glace. Si la fièvre se prolonge au delà de 36 heures, la suppuration est certaine. L'incision devient nécessaire. Drainage et pansement consécutif antiseptique. (*Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 31, et *Deutsch. m. Wochensch.*, 1888, n° 14.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## DES PRINCIPAUX TRAVAUX AFFÉRENTS A LA GYNÉCOLOGIE, A L'OBSTÉTRIQUE ET AUX NOUVEAU-NÉS (1)

### OBSTÉTRIQUE

**Accouchement.** — De la troisième période du travail (The third Stage of Labour). F. BARBOUR. *Edinb. m. Journ.*, août 1888, p. 97. — Cause des présentations du sommet, et de la première position céphalique (The Cause of the Head downard Presentation, and of the first Cranial Position). J. FOULIS. *Edinb. med. Journ.*, septembre 1888, p. 219. — Durée héréditaire du travail. AUVARD. *Arch. de tocol.*, septembre 1888, p. 548.

**Appareils et instruments.** — Cathéter intra-utérin, à double paroi, démontable (Ein aufgeschlossene doppelwandiger uteruskatheter). KREVET. *Cent. f. Gynäk.*, septembre 1888, p. 633.

**Dystocie.** — De la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches quand il y a des brides cicatricielles péritonéales et des collections purulentes (Ueber Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei peritonealen Narbensträngen und Eiterherden). KRUKENBERG. *Arch. f. Gynäk.* Bd. XXXIII. Hft. 1, p. 62. — Des occipito-postérieures irréductibles. E. BLANC. *Arch. de tocol.*, septembre 1888, p. 552. — Du traitement de l'incarcération de l'utérus gravide (Die Behandlung bei Incarceration des retroflechrten graviden uterus). COHNSTEIN. *Arch. f. Gynäk.*, 1888, Bd. XXXIII. Hft. 1, p. 156. — Placenta prævia. A. MACKINSON. *Am. J. of. Obst.*, juillet 1888, p. 707. — Rupture du cordon pendant l'extraction avec le forceps (Division of the funis during Forceps Delivery). COLEMAN. *Am. J. of. Obst.*, juillet 1888, p. 693. — Un cas de rupture de l'utérus. BARBIER. *Lyon. méd.*, juillet 1888, p. 311.

---

(1) Index du 3e trimestre.

**Fœtus.** — Des conditions qui favorisent et entravent le développement du fœtus. F. La Torre. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, juillet 1888, p. 317; août, p. 362; septembre, p. 391. — Note sur un cas de torticolis congénital causé par une rétraction fibreuse du muscle trapèze et des ligaments postérieurs de la colonne vertébrale. Auvard et Lefebvre. *Arch. de tocol.*, août 1888, p. 494. — Recherches expérimentales sur la vitalité du fœtus. Charpentier et Butte. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, août 1888, p. 339. — Remarques sur la nutrition du fœtus (Remarks on the nutrition of the Fœtus). Anderson. *Am. J. of Obst.*, juillet 1888, p. 702. — Un cas de fœtus parasitaire (A case of parasitic fœtus). L. Mills. *The Brit. m. Journ.* 18 août 1888, p. 233. — De la nutrition et des échanges nutritifs de l'œuf humain (Uber Ernährung und Stoffwechsel der menschlichen Frucht). Duhrssen. *Arch. f. Gynäk.* 1888. Bd. XXXII, Hft. 3, p. 329. — Étude expérimentale sur les voies qu'empruntent les substances contenues dans le liquide amniotique pour retourner dans la circulation maternelle. Torngrenn. *Arch. de tocol.*, août 1888, p. 453. — Observation pour servir à l'étude critique des foyers d'auscultation en obstétrique. Trachet. *Arch de tocol.*, août 1888, p. 479.

**Grossesse extra-utérine.** — Cas de grossesse extra-utérine (Case of extra uterine Gestation). A. Morison. *Edinb. m. Journ.*, septembre 1888, p. 236. — Grossesse tubaire intra-ligamenteuse. Extirpation heureuse après laparotomie, d'un enfant vivant pesant 4 livres. J. Eastman. *Am. J. of Obst.*, septembre 1888, p. 929.

**Grossesse multiple.** — Double poche des eaux et grossesse gémellaire. Auvard. *Arch. de tocol.*, septembre 1887, p. 55[illegible]. — Grossesse quadruple ; accouchement près du terme de quatre enfants bien développés, deux mort-nés, deux vivants. Suites heureuses. *Journ. d'accouch. de Liège*, août 1888, p. 181. — Quelques cas intéressants de grossesse gémellaire. Rivière. *Arch. de tocol.*, juillet 1888, p. 400.

**Opérations obstétricales.** — De la section césarienne conservatrice avec suture de l'utérus, étude historique, clinique et critique (Il taglio cesareo conservatore con sutura dell' utéro). F. Caruso. *Ann. di Ost. e Ginec.*, juillet 1888, p. 289; août, p. 337;

septembre, p. 385. Gastro-élytrotomie et opération de Porro. Section césarienne d'après la méthode de Sänger (Gastro-elytrotomie and de Porro operation. The Sänger method of performing Cesarean Section). ZINKE. *Am. J. of Obst.*, juillet 1888, p. 673. — Note sur un deuxième cas de basiotripsie. MARTA. *Ann. di ostet. e ginec.*, juillet 1888, p. 43. — Opération césarienne, succès pour la mère et l'enfant. DELASSUS. *Ann. de gyn. et d'obst.*, août 1888, p. 122, et septembre 1888, p. 200. — Version céphalique par manœuvres externes dans les présentations pelviennes. LEFOUR. *Arch. de tocol.*, septembre 1888, p. 524.

**Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.** — Accouchement accompagné de symptômes menaçants (A case of labor with threatening symptoms). E. REYNOLDS. *The Bost. med. and. surg. J.*, juillet 1888, p. 30. — Albuminurie et éclampsie. H. VARNIER, *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, juillet 1888, p. 193; septembre p. 257. — Contribution à l'étude de l'éclampsie et de l'albuminurie (Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie). LANTOS. *Arch. f. Gynäk.* 1888, Bd. XXXII, Hft. 3, p. 364. — Contribution clinique à l'étude de l'étiologie de la fièvre puerpérale (Kasuistischer beiträge zur Aetiologie des puerperalfiebers). PFANNENSTIEL. *Cent. f. Gynäk.*, septembre 1888, p. 617. — De la production des paralysies sous l'influence de l'accouchement (Ueber die Enstehung von Entbindungslähmungen). SCHULTZE. *Arch. f. Gynäk.* Bd. XXXII, Hft. 3, p. 410.—De quelques rashs scarlatiniformes survenant pendant le puerperium (Some scarlatiniform rashs occuring during the Puerperium). BREWIS. *Edinb. m. Journ.*, août 1888, p. 134. — Diagnostic et traitement des hémorrhagies génitales pendant la grossesse et l'accouchement. H VARNIER, *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, juillet, p. 205; août, p. 225.—Du traitement des hémorrhagies post partum dues à l'inertie utérine, par le tamponnement de la cavité utérine. CHAZAN. *Cent. f. Gynäk.*, septembre 1888, p. 577. — Étude sur la rupture spontanée du cordon ombilical. STAES. Th. de Lille, juillet 1888. — Hématomé vulvaire du volume du poing dans la grossesse. V. SWIECICKI. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirg.*, août 1888, p. 348. — Inflammation des glandes salivaires consécutivement à l'accouchement (Inflammation of the Salivary Glands following Labor). G. ACKER. *Am. J.*

*of Obst.*, septembre 1888, p. 923. — Note sur une observation de fièvre puerpérale traitée par les bains froids. TUSSAC. *Lyon méd.*, septembre 1888, p. 40. — Observations d'accouchements compliqués d'affections organiques du cœur (Observations of Child-Bearing complicated by organic disease of the Heart). H. FRY. *Am. J. of Obst.*, août 1888, p. 785. — Primipare à terme. Travail prolongé, accouch. naturel. Éclampsie *post partum*. Rétention de débris membraneux. Suites de couches non troublées. *Journ. d'accouch. de Liège.*, août 1888, p. 169. — Primipare au 9e mois de la grossesse. Éclampsie et albuminurie pendant et après l'accouchement. Extraction à l'aide du forceps. Suites de couches heureuses. *Journal d'accouch. de Liège*, juillet 1888, p. 145. — Que doit-on penser des accidents occasionnés dans les suites de couches par le sublimé. E. BLANC. *Lyon méd.*, août 1888, p. 483, 525, 561. — Quelques remarques sur les processus puerpéraux non liés à une contamination directe (Einige bemerkungen über die nich auf directer Uebertragung beruhenden Puerperalerkrankungen). FEHLING. *Arch. f. Gynäk.*, 1888. Bd. XXXII. Hf. 3, p. 427.—Secondipare albuminurique et très œdématiée. Éclampsie au 7e mois de la grossesse. Mort dans le coma. *Journ. d'accouch. de Liège*, juillet 1888, p. 157. — Traitement de l'avortement incomplet. MISRACHI. *Arch. de tocol.*, août 1888, p. 484. — Traitement général de la septicémie puerpérale (Die Allgemeinbehandlung der puerperalen Sepsis). RUNGE. *Arch. f. Gynäk.* Bd. XXXIII. Hft. 1, p. 39.— De la bactériologie des lochies (Zur Bacteriologie der Lochien). OTT. *Arch. f. Gynäck.*, Bd. XXXII, Hft. 3. p. 436. — De la péritonite puerpérale comme complication de la variole. GASCUEL. Th. de Montpellier, 1887-88. — Du myxome des villosités du chorion, ou mole vésiculaire (on Myxoma of the Choriome Villi, or Vesicular Mole). MORE MADDEN. *The Dubl. m. Journ.*, juillet 1888, p. 17. — Sur la question de l'Érysipèle puerpéral (zur Frage des puerperalen Erysipel). KRONER. *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXXII, Hft. 3, p. 414.

**Statistiques des Maternités.** — Rapport sur la «Royal maternity and Simpson memorial Hospital». MADDOX. *Edinb. m. Journ.* septembre 1888, p. 238. — Rapport sur les accouchements faits au « The Boston *Lying Hospital* » du 1er juin au 1er avril 1888. BOARDMAN. *The Bost. med. and surg. J.*, août 1888, p. 196.

**Thérapeutique et antisepsie.** — Antisepsie et antiseptiques en obstétrique. ABELIN. *Arch. de tocol.*, juillet 1888, p. 285. — Dangers des injections de sublimé. QUANTIN. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, septembre 1888, p. 387. — De l'acide acétique comme désinfectant en obstétrique (Die Essigsäure als Desinficienz inder Geburtshilfe). ENGELMANN. *Cent. f. Gynäk.*, juillet 1888, p. 433. — De l'action du sulfate de quinine sur l'utérus gravide. LORD. Th. de Montpellier, 1887-88. — De la désinfection du canal génital de la femme (Ueber Desinfektion des weiblichen Genitalkanales). STEFFECK. *Cent. f. Gynäk.*, juillet 1888, p. 449. — Du traitement de l'hyperhémesis gravidique (Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum) GUNTHER. Juillet 1888, p. 465. — La médication antiseptique intra-utérine post-puerpérale dans la Turquie d'Europe. *Nouv. archv. d'obst. et de gyn.*, juillet 1888, p. 291.

## GYNÉCOLOGIE

**Annexes de l'utérus.**— Du diagnostic des premiers stades de la salpingite chronique (Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis). SCHAUTA. *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXXIII. Hft. 1, p. 27.— Essai sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la trompe utérine. DUTILLEUL. Th. de Lille, juillet 1888. — Remarques sur la pelvi-péritonite, et sur mon année de pratique de chirurgie abdominale. J. EASTMAN. *Am. J. of. Obst.*, septembre 1888, p. 916.

**Organes génitaux.** — Contribution à l'étude de l'histologie pathologique des organes génitaux de la femme. Contribution clinique à l'histoire des kystes du vagin. (Beiträge zur pathologischen Histologie der Weiblichen Genitalien). FISCHEL. *Arch. f. Gynäk.* Bd. XXXIII. Hft. 1, p. 121.— Des tumeurs mélaniques des organes génitaux de la femme (Ueber melanotische Geschwülste der Weiblichen genitalien). HAECKEL. *Arch. f. Gynäk.* Bd. XXXIII Hft. 3, p. 400. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme. TRÉLAT. *Ann. de gyn. et d'obst.*, septembre 1888, p. 161.

**Ovaire.** — Contribution à l'étude de la genèse des tumeurs épithéliales de l'ovaire (Beitrag zur Genese der epithelialen Eierstoksgeschwülste). NAGEL. *Arch. f. Gynäk.* Bd. XXXIII. Hft. 1.

p. 1. — Contribution à l'étude des ovarites suppurées. GRALL. Th. de Bordeaux, juillet 1888. — Kysto-sarcome de l'ovaire. POLAILLON. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, août, septembre 1888, p. 611. — Ovarite et kystes de l'ovaire. P. PETIT. *Nouv. Archiv. d'obst. et de gyn.*, juillet 1888. p. 296. — Contribution à l'étude des corps jaunes. LUQUET. Th. de Paris, juillet 1888.

**Thérapeutique et opérations gynécologiques.** — Abcès rétro-utérin à la suite d'une pelvi-péritonite. Ouverture dans le rectum. Développement de varices hémorrhoïdales autour de l'orifice de communication. Hémorrhagies violentes. Guérison par la cautérisation au thermo-cautère. SCHWARTZ. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, août-septembre 1888, p. 580. — Cas de fibrome utérin traité par la méthode d'Apostoli. Énucléation de la tumeur (Case of Uterine Fibroid treated by Apostoli's method. Enucleation of the Tumor). P. JACOBI. *Am. J. of Obst.*, août 1888, p. 806. — Cas d'extirpation des annexes de l'utérus pour la cure de nymphomanie et de myôme utérin (A case of removal of the uterine appendages for the cure of nymphomania and Uterine Myoma). T. JOHNSON. *Am J. of obst.*, septembre 1888, p. 989. — Cautérisation intra-utérine au chlorure de zinc (Die intra-uterine Clorzinkätzung). RHEINSTADTER *Cent. f. Gynäk.*, août 1888, p. 345. — Cinq laparotomies heureuses. HARSHA. *Am. J. of Obst.*, septembre 1888, p. 931. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des adhérences péri-utérines (Contributo allo Studio del trattamento chirurgico delle aderenze peri uterine). MANGIAGALLI. *Ann. di Obst. e Ginec.*, août 1888, p. 354. — De la cautérisation au chlorure de zinc dans les cas de cancer dits inopérables ou d'endométrite chronique (Ueber chlorzinkätzungen bei sog. Inoperablen Uteruscarcinom und bei chronischer endometritis). E. FRANKEL. *Cent. f. Gynäk*, septembre 1888, p. 593. — De l'efficacité des injections rectales de glycérine (Zur wirkamskeit der rectalen Glycerininjection). SUBBOTIÉ. *Cent. f. Gynäk.*, juillet 1888, p. 434. — De l'hystérectomie vaginale pour cancer. POZZI. *Ann. de gyn. et d'obst.*, août 1888, p. 81. — Deux cas de prolapsus complet de l'utérus guéris par l'emploi de la ligature utérine vaginale. A. SCHUCKING. *Cent. f. Gynäk.*, septembre 1888, p 561. — Deux cas d'extirpation de la rate (Zwei Fälle von Milzextirpation). ASCH. *Arch. f. Gynäk.*, 1888, Bd. XXXIII. Hft. 1,

p. 130. — Du traitement de la plaque muqueuse persistante chez la femme. BAUDIER. *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1888, p. 17. — Du traitement des fibromes par la castration ovarienne. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, juillet 1888, p. 401, 419, 437, 465. — Électrolyse, sa valeur au point de vue du diagnostic et du traitement des tumeurs intra-abdominales et intra-pelviennes. C. GEHRUNG. *Am. J. of Obst.*, août 1888, p. 820. — Hystérectomie vaginale pour un cancer utérin compliqué d'un corps fibreux sous-péritonal. Guérison. POZZI. *Gaz. méd. de Paris*, juillet 1888, p. 319. — Inversion irréductible. Amputation de l'utérus par la ligature à traction élastique utérine. Guérison. LEPRÉVOST. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, août-septembre 1888, p 503. — Note complémentaire sur le traitement électrique des fibromes utérins (méthode Apostoli). APOSTOLI. *Nouv. archv. d'obst. et de gyn.*, septembre 1888, p. 389. — Observations et remarques sur deux cas de dilatation complète de l'utérus selon le procédé de Vulliet. GEYL. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, août 1888, p. 356. — Ovariotomie pour une ovarite. QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, juillet 1888, p. 116. — Sept observations d'hystérectomie vaginale dont une pour corps fibreux et six pour cancer. POZZI. *Ann. de gyn. et d'obst.*, août 1888, p. 179. — Trois cas de salpingo-ovarites opérées par la laparotomie et suivies de guérison. TERRILLON. *Ann. de gyn. et d'obst*, août 1888, p. 108. — Trois nouveaux cas de guérison de prolapsus de l'utérus par la gymnastique des muscles pelviens et le redressement méthodique de la matrice (Weiteire 3 Fälle von Heilung des Vorfalles der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckenmusculatur und methodische Uterushebung). PREUSCHEN. *Cent. f. Gynäk.*, juillet 1888, p. 482. — Un cas de fixation de l'utérus à la paroi abdominale (Un caso di fissazione dell'utero alla parete abdominale). PASQUALI. *Ann. di Ost. e ginec.*, juillet 1888, p. 316. — Une page d'histoire de l'ovariotomie à Londres. NANN. *Arch. de tocol.*, août 1888, p. 476. Cas d'hématome extra-péritonéal, très volumineux, suppuré, guéri par la laparotomie (A Case of very large Suppurating Extra-peritoneal Hematoma cured by Laparotomy). HARWARD *Am. J. of Obst.*, septembre 1888, p. 927. — Notes sur une année de pratique en laparotomies. R. MORISON. *Edinb. m. Journ.*, juillet 1888, p. 40.

**Utérus.** — Des altérations de l'Endométrium dans le cancer de l'utérus (Ueber die Veränderungen des Endometrium bei Carcinoma cervicis uteri). FRAENKEL. *Arch. of Gynäk.*, 1888, Bd. XXXIII, Hft. 1, p. 146. — Des déplacements de l'utérus et de leur influence sur le système nerveux (Uterine displacements and their influence on the general nervous system). F. DAVENPORT. *The Bost. med. and Surg. J.*, août 1888, p. 176. — Des hémorrhagies utérines. GALLARD. *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1888, p. 3. — Etude pathologique et thérapeutique sur l'endométrite chronique du corps de l'utérus. EUSTACHE. Th. de Montpellier, 1887-88. — Myôme utérin, ayant cheminé dans la cloison recto-vaginale et simulant une rectocèle. LE FORT. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg*, août-septembre, 1888, p. 577. — Polype de l'utérus, ablation aux ciseaux. LEDRU. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, août-septembre, 1888, p. 573.

**Vagin.** — Kyste du vagin. RICHELOT. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, août-septembre, 1888, p. 589.

**Vulve.** — Contribution à l'histoire clinique des ulcérations chroniques de la vulve (Zur Casuistik der Chronischer Ulcerationen an der vulva) Th. LANDAU. *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXXIII, Hft. 1. p. 115. — De l'épithélioma vulvaire. MAUREL. Th. de Paris. juillet 1888.

**Variétés.** — Diagnostic et traitement des convulsions chez les enfants. P. LE GENDRE, *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, juillet 1888, p. 213, août, p. 243. — Emploi du vésicatoire chez les enfants. P. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, septembre 1888, p. 277. — Les résultats pratiques de l'obstétrique moderne (Die praktischen Erfolge der modernen Geburtshilfe). FISCHEL. *Cent. f. Gynäk.*, août 1888, p. 513 ; p. 529. — L'hygiène et la thérapeutique de l'enfance au congrès de la tuberculose. P. LE GENDRE, *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, août 1888, p. 249; septembre, p. 274. — Notes sur les scolioses trophiques. A. BROCA. *Gazett. hebd. de méd. et de chirg.*, septembre 1888, p. 617. — Quelques considérations sur l'utérus puerpéral. AUVARD. *Arch. de tocol.*, juillet 1888, p. 419 août, 469. — Quelques observations sur la lactation. (Some observations on Lactation). W. Cook. *Am. J. of Obst.*, juillet 1888, p. 687. — Sécrétion mammaire, accompagnée d'un certain nom-

bre de signes probables de grossesse, chez deux femmes non enceintes (Occurence of the mammary Secretion, accompaned by certain Rational signes of Pregnancy, in two non-pregnant Women). G. JOHNSTON. *Am. Jl of. Obst.*, août 1888, p. 830.

---

# VARIÉTÉS

### Cours démonstratif d'accouchements.

MM. les Drs BOISSARD et VARNIER commenceront, le *lundi 12 novembre, à 4 heures*, un cours gratuit d'accouchements, 2, rue Casimir-Delavigne.

Ce cours sera complet en 32 leçons; aura lieu *tous les jours de 4 heures à 5 heures* et sera suivi d'exercices pratiques sur le mannequin.

*Le nombre des places étant limité, on est prié de se faire inscrire à la librairie* G. Steinheil, 2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, *où seront délivrées des cartes personnelles.*

PROGRAMME DU COURS ET ORDRE DES LEÇONS

**M. le Dr Varnier.**

1° Utérus gravide : anatomie et physiologie. Diagnostic de la grossesse (première moitié).

2° Diagnostic de la grossesse (seconde moitié). Lois de l'accommodation. Classification des présentations et des positions.

3° Diagnostic des présentations et des positions pendant la grossesse. Palper et auscultation.

° L'accouchement. Phénomènes physiologiques du travail.

5° La filière pelvi-génitale; le fœtus et ses diamètres.

6° Phénomènes mécaniques de l'accouchement dans la présentation du sommet. Diagnostic par le toucher. Conduite à tenir.

7° Phénomènes mécaniques de l'accouchement dans la présentation de la face. Diagnostic par le toucher. Conduite à tenir.

8° Phénomènes mécaniques de l'accouchement dans la présentation du siège. Diagnostic par le toucher. Conduite à tenir.

9° Accouchement dans la présentation de l'épaule. Diagnostic et conduite à tenir au début du travail.

10° Grossesse et accouchement gémellaires.

11° Utérus après l'accouchement. Délivrance normale : mécanisme, conduite à tenir.

12° Accidents de la délivrance.

13° Utérus après la délivrance. Suites de couches physiologiques. Antisepsie.

14° Soins à donner à l'enfant (insufflation, ligature du cordon, allaitement).

15° Anomalies du mécanisme dans l'accouchement par le sommet et par la face. Forceps au détroit inférieur et dans l'excavation.

16° Anomalies du mécanisme dans la présentation du siège. Extraction manuelle.

**M. le Dr Boissard.**

17° Interventions nécessitées par la présentation de l'épaule négligée. Version par manœuvres internes.

18° Embryotomie.

19° Bassins viciés. Classification et diagnostic.

20° Mécanisme de l'accouchement dans les bassins viciés.

21° Accouchement prématuré artificiel, avortement provoqué.

22° Forceps au détroit supérieur.

23° Version et rétrécissements du bassin.

24° Basiotripsie.

25° Opération césarienne.

26° Maladies fœtales apportant obstacle à l'accouchement. Procidences.

27° Accouchements compliqués de tumeurs fibreuses, de cancer du col, de kystes de l'ovaire.

28° Avortement.

29° Rétroversion de l'utérus gravide. Hydramnios.

30° Albuminurie et éclampsie.

31° Mort du fœtus. Insertion vicieuse du placenta.

32° Grossesse extra-utérine.

---

**Errata** : P. 227, ligne 27, au lieu de *les soins à* la mère, lire *les seins de*... P. 320, ligne 33, au lieu de *tout* récemment, lire *non* récemment... P. 232, ligne 13, au lieu de *par la percussion*, lire *sans répercussion*... P. 233, ligne 6, au lieu de *elle dégénère moins*, lire *elle digère mieux*...

---

*Le gérant :* G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## LEÇONS SUR LES PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Par M. **Trélat**
Professeur de clinique chirurgicale à la Charité
Recueillies et rédigées par M. le Dr BARETTE, chef de clinique chirurgicale.

### TROISIÈME LEÇON

**Les prolapsus et les allongements hypertrophiques. (Job ab Meckren. — Widmann. Cruveilhier. Huguier.) — Diverses variétés des allongements hypertrophiques. — Relations entre les allongements et les prolapsus. — Diagnostic : des divers prolapsus, de leurs complications. — Des allongements hypertrophiques. — Des cas dans lesquels on rencontre les deux choses.**

Messieurs,

A la fin de la dernière leçon, vous avez vu comment les lésions que nous étudions se combinent entre elles, comment elles s'entraînent mutuellement, s'aggravant et se compliquant à mesure qu'elles sont plus anciennes. Longtemps la confusion a régné, et aujourd'hui elle règne encore dans les descriptions.

Les uns séparent une variété de prolapsus d'une autre toute voisine, les autres omettent certaines formes, d'autres encore veulent donner trop d'importance à une déformation au détriment des autres, ou tombent dans des fautes que l'observation bien conduite nous permet de réfuter. A la fin du XVII^e siècle, Job ab Meckren décrivait ce qu'il appelait la *fausse chute de l'utérus*, et paraissait avoir cherché à différencier cette affection qui n'était autre que l'allongement hypertrophique du col, d'avec les prolapsus, chutes véritables de la matrice.

Un peu plus tard, au commencement du XVIII^e siècle, en 1717, *Widmann* en publiait une observation très précise, consignée dans les Annales des curieux de la nature. Pendant tout le siècle dernier on décrivit seulement les prolapsus du vagin et de la matrice. Heister, Sabatier, l'Académie royale de chirurgie, Boyer partagent la même doctrine et ne s'inquiètent ni de la cystocèle ni de la rectocèle. A. Cooper lui-même, habituellement si bon observateur, semble ne s'intéresser aucunement à ces deux affections. Quand on lit son court article sur la hernie vaginale, on voit qu'il confond des lésions fort différentes et qu'il n'y a pas toujours hernie vaginale vraie, contenant de l'intestin, chez les malades dont il décrit l'observation. C'est ainsi que, sous le n° 325, il rapporte l'histoire d'une jeune fille de 17 ans qui sans être jamais devenue enceinte présentait une cystocèle qu'il donne comme hernie de la paroi vaginale antérieure.

Churchill sépare complètement la description des prolapsus vaginaux, de la rectocèle et de la cystocèle, de celle des chutes de la matrice et traite ces questions en des points très éloignés de son livre. On pourrait croire, quand on le lit, qu'il y a isolement complet entre tous ces faits.

*Cruveilhier*, au contraire, en 1849, nie formellement les prolapsus du vagin seul et s'élève ainsi contre ce qu'avaient dit tous ses devanciers; il avait raison en partie; on peut trouver quelques cas de déplacement isolé du vagin, mais ils sont très rares, le plus souvent ils se compliquent d'au-

tres abaissements. Enfin, en 1860, Huguier démontre la réalité de l'hypertrophie en longueur du col de l'utérus, et frappé de la confusion possible entre cette lésion et le prolapsus vrai, il tend à substituer l'allongement hypertrophique à toutes les autres lésions.

D'ailleurs l'opinion trop exclusive d'Huguier souleva de vives oppositions, il voyait dans l'hypertrophie le phénomène primitif, initial du prolapsus ; l'utérus s'allongeant, s'hypertrophiant, augmente de poids, tend à refouler le vagin de haut en bas et produit ainsi petit à petit un prolapsus. Pour les autres, les phénomènes d'hypertrophie sont consécutifs, ils sont dus aux stases vasculaires, spécialement à la gêne de la circulation veineuse produite par suite du déplacement des organes.

Huguier, avait fait une véritable découverte en montrant que ce que l'on prenait pour du déplacement était dans un certain nombre de cas de l'allongement hypertrophique de l'utérus. Mais, comme vous le prévoyez déjà, là encore il y avait exagération. Il y a des abaissements réels sans allongement, je vous en ai cité des observations et je vous apprendrai bientôt le moyen de les distinguer.

Beaucoup d'auteurs se sont laissé entraîner à augmenter, à exagérer, à faire dire aux faits ce qu'ils ne disent pas ; après toutes ces opinions diverses que je viens de vous énoncer on peut dire aujourd'hui, que l'allongement utérin existe vraiment, que la chute isolée sans allongement est réelle. Quant à la relation qui existe entre les chutes et les hypertrophies utérines, je crois que les auteurs anglais et américains l'ont exagérée notablement. Pour ma part, d'après quelques faits que j'ai pu observer, les élongations ne sont pas aussi souvent qu'ils l'admettent attribuables aux abaissements. La physionomie morbide des allongements hypertrophiques a une spécificité particulière. Quelques observations vont vous le démontrer facilement.

Obs. IX. — *Allongement hypertrophique sans prolapsus.*

En mai 1880, entre à la salle Ste-Rose, une femme de 43 ans. sèche, maigre, assez chétive.

Réglée à 14 ans, elle était devenue enceinte à 15 ans et avait accouché normalement. Pas de nouvelle grossesse depuis. En avril 1879 elle avait commencé à ressentir des douleurs abdominales, des tiraillements dans la région lombaire, de la rétention d'urine. A l'examen on constatait qu'elle n'avait pas d'abaissement du vagin, que le col utérin était visible à la vulve, et que la cavité de l'uterus mesurait 14 centimètres.

Obs. X. — *Allongement hypertrophique avec saillie de la lèvre postérieure, avec prolapsus sans cystocèle.*

G..., Rosalie, âgée de 52 ans, entre le 24 novembre 1882 au service de la clinique, salle Ste-Catherine, n° 9. Jamais malade, elle fut réglée à partir de 17 ans, toujours très régulièrement. A l'âge de 21 ans eut lieu son premier accouchement; dans la suite, elle eut six autres enfants, finalement elle fit une fausse couche à l'âge de 28 ans, en février 1870. C'est en 1875, à l'âge de 46 ans, qu'elle commence à ressentir des pesanteurs dans le bas-ventre, elle éprouvait de la peine à soulever des fardeaux, et surtout au moment des règles elle se plaignait d'oppressions et d'essouflements. Elle se décida alors à consulter, et un confrère, le Dr Godefroy (de Versailles), constata l'existence d'un petit polype inséré sur le col, la malade refusa de se laisser enlever cette tumeur. Dans la suite ce polype s'allongea de plus en plus et finit même par sortir de la vulve. Six mois seulement avant son admission à l'hôpital elle s'aperçut qu'elle avait une chute de la matrice, et quatre mois après cette découverte, à la suite des règles elle avait une perte extrêmement abondante pendant plusieurs semaines. Elle ne s'arrêta que grâce aux tamponnements et aux potions de perchlorure de fer qu'on lui fit prendre avec insistance.

Le jour même de son entrée au service on constatait un prolapsus utérin permettant au col de faire saillie à travers la vulve. Sur sa lèvre postérieure on remarquait une saillie polypiforme flasque et rouge, du volume du petit doigt et d'une longueur de 4 centimètres environ. Le cul-de-sac antérieur est peu marqué, il

n'y a cependant *pas de cystocèle ;* quand on engage la malade à faire effort, le prolapsus utérin augmente et alors le cul-de-sac antérieur s'efface complètement. Le toucher rectal permet de constater qu'il n'y a *point de rectocèle*, il permet de sentir l'isthme du col utérin situé à 4 1/2 ou 5 centimètres de l'orifice cervical, et au-dessus la face postérieure de l'utérus dont on ne peut pas atteindre le fond. L'hystéromètre indique un allongement notable de la cavité utérine ; de l'extrémité inférieure du prolongement polypiforme du col au fond de l'utérus on compte 14 centimètres, 10 appartiennent à l'utérus seul.

Quelques jours après l'entrée à l'hôpital surviennent de nouvelles hémorrhagies ; on les combattit à l'aide de l'ergotine prise à l'intérieur sous forme de potion, on pratiqua des injections hypodermiques de la même substance et on ordonna des bains de siège très chauds.

Obs. XI. — *Prolapsus avec hypertrophie de la portion sus-vaginale du col.*

Mme P... Geneviève, 62 ans, marchande des quatre saisons, entre à l'hôpital de la Charité, le 24 janvier 1885. De constitution franchement arthritique, atteinte, à plusieurs reprises, de rhumatisme subaigu des genoux, elle rend assez souvent, depuis une dizaine d'années, des graviers qui atteignent parfois le volume d'un haricot. Sa grand-mère, un de ses oncles et son frère sont morts d'ailleurs de la pierre. Entre 15 et 35 ans, elle est devenue treize fois enceinte, dix fois l'accouchement se fit à terme, dans de bonnes conditions; il y eut trois fausses couches à 3 et 4 mois. A quatre reprises différentes, à 30, 35, 53 et 57 ans, elle aurait eu des poussées de péritonite ; la première était post-puerpérale. Depuis douze ans elle n'est plus réglée, la ménopause s'est passée régulièrement, à 50 ans. A 31 ans, après son quatrième accouchement, la malade s'aperçut que la matrice tendait, de temps en temps, à sortir de la vulve ; depuis 9 ans le déplacement utérin est devenu persistant. D'après ce que raconte cette femme, M. Cusco aurait fait en 1883, au fer rouge, l'ablation de 9 centimètres d'utérus et lui aurait ensuite fait porter un pessaire. Néanmoins, la saillie hypertrophique de l'utérus s'est rapidement reproduite.

Habituée aux travaux pénibles depuis son enfance, se surmenant sans ménagement, malgré ses grossesses répétées, cette femme était

habituée à vivre avec son infirmité, quand, il y a trois semaines, une ulcération s'établit sur la portion d'utérus procidente et des hémorrhagies violentes et répétées l'obligèrent à suspendre tout travail et à entrer à l'hôpital.

Elle se présenta dans l'état suivant : l'utérus faisait au dehors de la vulve une saillie de neuf centimètres environ, la base de cette tumeur mesurait 29 centimètres de tour ; elle était molle de consistance et de couleur rouge. On pouvait réduire totalement cette masse, en la refoulant de bas en haut, mais dès qu'on cessait toute manœuvre, le prolapsus se reproduisait. L'orifice du col était fendu transversalement, il présentait sur sa lèvre antérieure une ulcération peu étendue ; les culs-de-sac du vagin n'étaient qu'à deux centimètres de la vulve. L'hystéromètre marquait 77 millimètres de cavité utérine. Une sonde d'homme introduite dans l'urèthre, concavité en bas, pénétrait dans la vessie et son bec venait faire saillie sur la face antérieure de la tumeur, à l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur. L'index introduit dans le rectum pénétrait en se recourbant dans un petit cul-de-sac de deux centimètres environ, situé au-dessus du sphincter externe et descendant sur la face postérieure de la tumeur.

En résumé, d'après tous les caractères fournis par cet examen, la malade était atteinte de prolapsus utérin compliqué d'hypertrophie de la portion sous-vaginale du col avec cystocèle et rectocèle légères.

Déjà, nous avons vu plus haut (obs. VII, 1re leçon) un cas dans lequel on observait un léger prolapsus de l'utérus, une cystocèle, avec un certain degré d'hypertrophie du col utérin. Les trois malades dont je viens de vous relater les observations, forment encore chacune un type particulier, la première (obs. IX) n'avait que de l'allongement hypertrophique : la seconde (obs. X) présentait un prolapsus utérin caractérisé, avec un prolongement hypertrophique polypiforme du col utérin sans cystocèle ni rectocèle. La troisième au contraire (obs. XI) était atteinte d'une lésion très complexe, prolapsus utérin, allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, prolapsus vaginal avec cystocèle et rectocèle légères.

Il n'est point dans mon intention, Messieurs, de vous refaire ici, l'histoire de l'allongement hypertrophique au sujet de laquelle j'ai fait une leçon importante en 1880. Je désire seulement vous indiquer comment je comprends les relations de l'allongement avec les déplacements. Tandis que Ch. West, que Cruveilhier et d'autres encore admettent que l'allongement, que l'hypertrophie sont consécutifs aux déplacements, je pense au contraire, que l'allongement hypertrophique précède toujours le prolapsus. L'échelle graduée de ces différentes lésions, depuis les formes les plus simples (obs VII) où l'on voit une cystocèle récidivée sous l'influence d'une hypertrophie du col utérin jusqu'aux lésions complexes que nous avons relevées dans la malade de l'observation XI, tous les intermédiaires peuvent s'observer et établissent une graduation successive. La métrite, l'arrêt de la subinvolution utérine après l'accouchement, telle est la cause habituelle de l'allongement hypertrophique : Quelquefois il porte sur la portion sous-vaginale, d'autres fois, sur la portion sus-vaginale du col, parfois sur les deux ensemble, de là, la distinction véritable établie dans tous vos classiques, en hypertrophies sus-vaginales, sous-vaginales, totales. Quelquefois même, et une de nos malades (obs. X) en présente un exemple, l'hypertrophie porte surtout sur une des lèvres du col qui s'allonge en forme de polype ou de languette plus ou moins volumineuse qu'on a comparée à la trompe du tapir, d'où l'expression d'hypertrophie tapiroïde auquel je n'attache point d'importance.

Certains symptômes de l'allongement hypertrophique simulent ceux du prolapsus et méritent de vous être signalés afin que vous soyez mis en garde contre des erreurs possibles. Dans une première période, l'utérus en s'allongeant vient butter par sa région cervicale contre la symphyse pubienne; de là, des troubles de la miction caractérisés très souvent par une brusque rétention d'urine. D'autres fois, il y a des phénomènes d'irritation cervicale, des envies fréquentes d'uriner. Au bout d'un temps variable, le col

tombe dans le vagin et apparaît brusquement à la vulve. aussi croit-on immédiatement à la production d'un prolapsus. Le diagnostic des deux affections ne peut se faire que par un seul moyen, l'emploi de l'hystéromètre ; il faut l'introduire avec précaution et on est tout surpris en cas d'allongements hypertrophiques de trouver des longueurs de cavité utérine de 9, 12, 15 17, 20 centimètres. Nous pouvons embrasser maintenant tout le tableau nosographique que nous avons étudié jusqu'ici. Non seulement les déplacements s'enchaînent et se combinent, mais ils peuvent aussi se compliquer d'hypertrophies de l'utérus, totales ou partielles. Nous savions déjà que les déviations, surtout en arrière, font partie intégrante des déplacements dans bon nombre de cas.

Il est de la plus haute importance, pour vous, messieurs, que vous puissiez arriver à discuter cliniquement tous ces faits ; un diagnostic exact, minutieux, précis, est absolument nécessaire si vous voulez faire le choix judicieux d'une bonne méthode thérapeutique. Rien ne doit échapper à un diagnostic rigoureux ; pour être complet, votre examen doit être méthodique. Il faut examiner la malade debout, couchée dans la position classique du spéculum, l'examiner dans le repos et dans l'effort, pour juger des modifications qui peuvent se produire et de leur étendue. L'œil, le doigt, la main, la sonde vésicale, l'hystéromètre, tels sont vos instruments de diagnostic ; quand vous aurez fait leur éducation spéciale, ils vous fourniront de multiples renseignements et à leur aide, vous pourrez reconnaître tous les cas possibles.

L'aspect de la vulve vous montre d'abord sa forme non altérée ou plus ou moins déformée ; vous appréciez la longueur du périnée ; et à l'aide des doigts, placés dans le vagin et le rectum, sa consistance et son épaisseur. Rappelez-vous, et nous en avons eu des exemples, qu'il est des cas où sous une peau et une muqueuse intactes on ne trouve plus de plans musculaires contractiles et résistants.

Dans le champ de l'orifice vulvaire il peut se présenter des saillies diverses du côté de la fourchette, ou du côté du

méat quand on provoque l'effort. On voit les parois vaginales se dérouler peu à peu, et montrer leurs plis transversaux; les mots de rectocèle, cystocèle, et de prolapsus vaginal viennent immédiatement à votre esprit, et plusieurs manœuvres peuvent être faites pour justifier ou infirmer ce diagnostic, incomplet par la vue. Le toucher rectal vous montre si réellement la paroi antérieure du rectum se déprime et vient tomber dans le vagin; une sonde introduite dans la vessie après avoir parcouru la partie supérieure peut être introduite en bas et en avant, en relevant son talon en haut en arrière, et vous la sentez sous les couches qui forment la cystocèle, celle-ci existe alors bien réellement. Si au contraire, le rectum ne bombe pas dans le vagin, si la vessie ne forme pas un diverticule antérieur et inférieur, c'est que la paroi vaginale seule s'est déplacée et on a le prolapsus vaginal. L'utérus peut se présenter dans des situations très variées. Dans le prolapsus complet hors de la vulve, on voit une grosse tumeur pendre entre les cuisses de la femme, l'orifice du col est à sa partie inférieure, en avant et en arrière, il existe une cystocèle et une rectocèle prononcées, le diagnostic n'est pas habituellement difficile. Quand le col est au niveau de l'orifice vulvaire ou à une certaine hauteur dans le vagin il est beaucoup plus délicat et l'hystéromètre est alors le meilleur juge. Vous l'introduisez avec précaution, dirigeant sa courbure en arrière, si vous avez reconnu par le toucher vaginal ou rectal une rétroversion ou une rétroflexion, en avant au contraire, si vous croyez à une antéversion. Trouvez-vous huit à neuf centim. vous pouvez conclure à un léger degré d'hypertrophie utérine qui accompagne fréquemment les déplacements, alors le toucher vaginal et rectal, la palpation hypogastrique vous montreront que le corps utérin est volumineux dans tous les sens.

L'hystéromètre peut vous donner l'indication d'un allongement plus ou moins notable de la cavité utérine. Cette nouvelle notion vous permet donc de faire ou bien le diagnostic différentiel entre le prolapsus et l'allongement hyper-

trophique ; lorsque ce dernier existe seul, le fond de l'utérus est fixé dans son niveau normal; sinon le diagnostic doit être prolapsus compliqué d'allongement.

Mais encore, cet allongement peut porter sur la portion vaginale du col : sur sa partie sus-vaginale, ou bien encore sur le corps de l'utérus. Il est important au point de vue thérapeutique de savoir distinguer ces différents cas. Tandis que dans l'abaissement simple, l'utérus est court à l'hystéromètre, tandis que le doigt peut limiter le fond de la cavité utérine ; dans les hypertrophies, vous disais-je plus haut, l'utérus est long et le fond est inaccessible au doigt.

Dans l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col quand la tumeur est sortie à l'extérieur, elle est recouverte par la muqueuse vaginale qui est descendue entraînée par le col, et au toucher, on reconnaît avec le doigt que les culs-de-sac sont à la vulve, il y a cystocèle et rectocèle vaginale; vous savez comment on constate ces deux déplacements.

Dans l'hypertrophie sous-vaginale les culs-de-sacs vaginaux ont conservé leur profondeur ou bien elle est peu diminuée.

La portion intra-vaginale du col peut être mesurée antérieurement, retranchant alors cette quantité de la longueur totale donnée par l'hystéromètre on n'a plus que la valeur de la longueur de cavité correspondant à la portion sus-vaginale et à l'utérus lui-même.

Par le toucher rectal, on peut reconnaître le niveau de l'isthme du col utérin, explorer la face postérieure de l'organe ; et voir si on peut la parcourir dans toute sa hauteur. On obtiendra ainsi des renseignements qui donneront très approximativement la longueur des diverses parties de l'organe. C'est encore par un toucher rectal bien fait, combiné avec la palpation hypogastrique qu'il ne faut jamais oublier dans toutes ces recherches, que l'on reconnaît la rétroversion ou la rétroflexion ; déviations qui se rencontrent à peu près constamment dans les prolapsus quelque peu avancés.

## NOTE SUR UN CAS DE PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE (D'ORIGINE INTRA-UTÉRINE) CHEZ UN NOUVEAU-NÉ EXPULSÉ EN PRÉSENTATION DU SIÈGE.

Par **H. Varnier**
Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Lariboisière.

Dans sa très remarquable thèse de 1839 mon compatriote Landouzy, développant les idées de son maître Paul Dubois, a démontré que, dans la très grande majorité des cas, la paralysie faciale du nouveau-né est due à la compression, par la cuiller du forceps, du nerf de la 7e paire après sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

Il admettait toutefois, mais sans en rapporter d'exemple, que cette cause pourrait bien ne pas être la seule, et qu'une compression non instrumentale subie par le nerf *dans le bassin*, par suite de la présence d'une tumeur, d'un rétrécissement, etc., pourrait amener un résultat identique.

Cette seconde variété de paralysie faciale du nouveau-né, dite depuis et à tort spontanée, avait déjà été signalée par E. Kennedy (1), qui écrivait dès 1837 :

« La paralysie chez les enfants nouveau-nés n'est pas une maladie rare ; elle peut venir par l'effet d'un traumatisme sur le nerf dans la partie paralysée, ou bien dans son trajet après sa sortie par les ouvertures crâniennes. Nous en avons des exemples dans la compression du nerf facial dans les présentations de la face.

« De même, quand la tête a été longtemps pressée dans le bassin contre la tubérosité de l'ischion, plusieurs cas de ce genre se sont présentés à nous. »

C'est donc à tort que dix ans plus tard Jacquemier affirmait que « dans les cas connus jusqu'à présent la paralysie de la 7e paire, chez l'enfant naissant, a été le résultat de l'action compressive exercée par le forceps sur ce nerf ».

(1) Observations on cerebral and spinal apoplexy, paralysis and convulsions of new-born Infants, by Evory Kennedy, master of the Dublin Lying-in-hospital. *The Dublin-Journal*, T. X, p. 430, 1er janvier 1837.

En dehors du mémoire de Kennedy il a été fait peu de choses sur la paralysie faciale dite spontanée.

Nadaud en rapporte une observation dans sa thèse (1872) et ajoute que ce sont des faits fort rares et que Depaul n'en a vu qu'un cas, celui-là.

Tout récemment mon collègue Roulland, dans sa thèse inaugurale, a reproduit les observations de Kennedy et de Nadaud, auxquelles il a joint un fait tiré de la thèse de Labat et deux observations personnelles. Ces six observations sont les seules qu'il ait pu noter au cours de nombreuses recherches bibliographiques.

Je les rapporte ci-dessous *in-extenso* en les faisant suivre de quelques remarques :

### Observation I (Kennedy)

G. B... a eu un travail difficile, la tête de l'enfant restant en bas dans le bassin pendant plusieurs heures.

A la naissance, on observa une tumeur considérable au crâne et une plaie gangréneuse de la grandeur d'un shelling sur le pariétal gauche. La naissance se fit de bonne heure le dimanche matin, et à trois heures, le lundi, on observait un remarquable changement dans l'aspect extérieur. La commissure de la bouche était tirée légèrement du côté droit quand l'enfant restait au repos : quand il criait, ce qui arrivait presque sans rémission, la face entière était tordue. La commissure des lèvres était alors entraînée très fortement en arrière et en haut du côté droit ; l'aile du nez du côté gauche n'étant pas aussi dilatée que celle du côté droit, donnait au nez une apparence difforme. L'œil du côté gauche restait continuellement ouvert pendant que celui du côté opposé se fermait pendant le sommeil et les cris.

La bouche recouvrait en partie son aspect normal quand l'enfant était au repos. Le front du côté malade n'était pas plissé : l'enfant, bien portant du reste, partit de l'hôpital dans cet état.

Roulland considère ce fait comme un exemple (le seul qu'il ait pu trouver) de paralysie faciale par *compression de l'ischion.*

### Observation II (Kennedy)

*Paralysie de la portion dure du côté droit et de la troisième paire du côté gauche.*

Le 15 juin. L'enfant, une fois expulsé, était très faible.

Sa mère avait été en travail pendant 15 heures.

Après l'avoir excité quelque temps, une respiration convulsive se rétablit. On nota deux traces, l'une sur le pariétal gauche, l'autre sur la partie antérieure du temporal gauche. Ce dernier était creusé et semblait avoir été enfoncé par un instrument tranchant ; plus bas, sur la joue, étaient une ou deux égratignures.

Sur le côté opposé, il y avait une dépression évidente, mais sans lésion des téguments.

La respiration était pénible, parfois suspirieuse.

*L'œil droit était complètement ouvert*. Pupille dilatée et insensible à la lumière.

Le côté gauche de la face paraît un tant soit peu gonflé.

L'œil gauche était fermé ; la pupille dilatée est insensible à la lumière.

Le lendemain, *les muscles du côté gauche de la face et du corps entrèrent en convulsions* qui affectèrent surtout le bras et la tête, tandis que l'ensemble du côté droit conservait son état de calme parfait.

Le 16. L'enfant reste dans son état de coma persistant.

Le côté gauche de la face est plus gonflé ; l'œil gauche est fermé. *Le droit reste ouvert.* Les convulsions reviennent de temps en temps, pas très violentes ; quelque difficulté dans la déglutition.

Le 17. Pouls 120 ; respiration 40.

Le 18. Ouvre pour la première fois l'œil gauche ; encore quelque tendance aux convulsions du côté gauche ; yeux convulsés en haut, on ne peut voir les pupilles. Pouls 114.

Le 19. Léger accès convulsif hier soir ; côté gauche et bras encore rigides. Pupilles moins convulsées en haut.

Le 20. Spasmes du côté gauche de temps en temps.

Les phénomènes s'améliorent.

Le 21. Les yeux sont beaucoup mieux. L'enfant tette volontiers ; mais il ne peut encore se satisfaire complètement à cause de la faiblesse de ses muscles.

La tête a repris son aspect ordinaire. Encore quelque rigidité du côté gauche.

Quitte l'hôpital le 22; ramené le 25, la mère disant que la veille l'enfant avait eu un certain nombre de spasmes. Il semble à l'heure actuelle se mieux servir de son côté droit.

Roulland donne cette observation comme un exemple de paralysie faciale périphérique « évidente » produite par *compression sur le pubis.*

### Observation III

*Paralysie spontanée du nerf facial gauche* (1).

Noël, Augustine, 18 ans, entre à la salle d'accouchements de l'hôpital des Cliniques (service de M. Depaul), le 12 février 1872, à huit heures du matin.

Primipare, grossesse à terme, les règles ont paru pour la dernière fois le 8 mai 1871.

Apparition des premières douleurs, le 12 à une heure du soir.

Rupture spontanée des membranes, le 13, à deux heures du matin;

Terminaison de l'accouchement à huit heures.

Présentation du sommet en O.I.G.A.

Délivrance naturelle. — Bassin normal.

L'enfant, du sexe masculin, est d'une bonne constitution; poids = 3,180 gr.

Longueur totale de 49 centim.

| | | |
|---|---|---|
| Diamètre | occipit.-frontal. . . . . | 12 cent. |
| — | occipito-mentonnier... . . . . | 14 |
| — | bipariétal. . . . . | 9 |
| — | sous-occipito-bregmatique. . . . | 9,5 |

Aussitôt après l'expulsion de l'enfant, on constate qu'il est atteint d'une hémiplégie faciale du côté gauche. Quand il crie, les muscles se contractent du côté droit et l'œil se ferme de ce même côté; à gauche, au contraire, la face est immobile et l'œil reste ouvert. La commissure des lèvres est attirée en haut du côté droit. La sensibilité est conservée du côté gauche de la face. La succion est

(1) Nadaud. *Thèse de Paris*, 1872. Obs. I.

possible; on n'a noté n déviation de la luette, ni déviation de la langue.

Le 15 février, les signes de la paralysie faciale gauche ont déjà un peu diminué.

La mère et l'enfant sortent le 2 mars 1872. Déjà depuis quelques jours les symptômes de la paralysie de l'enfant avaient complètement disparu.

### Observation IV (1)

*Accouchement normal chez une secondipare. — Bassin légèrement aplati. — Paralysie faciale périphérique gauche de l'enfant. — Guérison rapide.*

Le 20 avril, la femme M... se présente au pavillon Velpeau (Maternité de Cochin), service de M. Bouilly.

Elle est en travail depuis dix heures du matin.

A son arrivée (cinq heures du soir), on trouve la tête bien engagée, mais encore un peu haut. La flexion n'est pas complète. La position est une G.A.

Le travail continue régulièrement et l'accouchement spontané a lieu à minuit quarante-cinq.

Durée totale du travail : près de quinze heures.

Agée de 21 ans, la parturiente n'avait jamais eu de maladies.

Une première grossesse, il y a deux ans, s'était terminée par la venue à terme d'une fille morte probablement pendant le travail qui avait été assez long, mais n'avait nécessité aucune intervention.

Pas de traces de syphilis.

Les cuisses sont un peu arquées ; pas d'autre signe extérieur de rachitisme.

L'exploration du bassin montre qu'il est un peu aplati ; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cent. 7.

Le nouveau-né est un garçon pesant 3,040 gr., bien conformé.

Aussitôt après l'accouchement, l'enfant une fois nettoyé, on remarque une déviation de son visage très nette quand il crie. On peut constater une paralysie faciale complète du côté gauche. L'œil gauche reste ouvert et les traits sont tirés à droite.

---

(1) Roulland. A propos de quelques faits de paralysies des nouveau-nés. In-8°, Paris. G. Steinheil, 1887.

Pas de déviation apparente de la langue et de la luette.

La sensibilité paraît conservée.

Légère déformation de la tête ; bosse pariétale droite repoussée en arrière ; bosse séro-sanguine un peu étendue.

A gauche, petite traînée rougeâtre sur la peau de la tempe, et dirigée de haut en bas et un peu d'arrière en avant.

Les diamètres de la tête sont :

| | | |
|---|---|---|
| Diamètre maximum | | 13,8 |
| — | occip.-ment | 13,3 |
| — | occip.-front | 11,5 |
| — | s.-occ.-br | 9,5 |
| — | bipar | 9,2 |
| — | bitemp | 8 |

La succion n'est que peu gênée. Cependant il s'écoule un peu de lait par la commissure gauche.

Le second jour, la paralysie paraît accentuée.

Le troisième, l'œil est un peu moins ouvert.

A partir du cinquième jour la paralysie diminue assez rapidement pour que, le dixième, l'enfant puisse partir avec sa mère sans présenter rien d'anormal dans sa physionomie.

### Observation V (1)

*Accouchement normal chez une primipare. — Présentation inclinée du sommet. — Hémiplégie gauche faciale spontanée. — Guérison rapide.*

Octavie W... se présente le 6 mai 1886, à huit heures du matin, au pavillon Velpeau (Maternité de Cochin), service de M. Bouilly.

C'est une primipare de 17 ans, très bien constituée, n'ayant jamais eu de maladies, ne présentant aucune trace de rachitisme.

Elle s'est bien portée tout le temps de sa grossesse ; elle est à terme.

Les douleurs ont commencé à se faire sentir vers onze heures, la veille au soir.

L'examen permet de constater que la tête, quoique bien enga-

(1) Roulland. *Loc. cit.*

gée, est arrêtée au détroit supérieur. Au palper le front est peu saillant et laisse penser que la flexion est peu avancée.

Le toucher conduit le doigt sur une surface arrondie et dure. La recherche de la suture sagittale ne la fait trouver qu'avec peine et très profondément en arrière. La fontanelle postérieure est assez haut à gauche, la fontanelle antérieure s'atteint assez facilement.

La dilatation est environ comme une pièce de cinq francs : le bassin paraît normal.

Les douleurs sont vives et les contractions fortes et fréquentes.

A neuf heures et demie, l'orifice est grand comme une paume de main. On constate en même temps que la tête est plus bas ; la suture sagittale s'atteint facilement et se laisse parcourir par le doigt ; la flexion s'est fortement prononcée.

A midi, la tête est au couronnement et les membranes sont rompues.

L'accouchement est terminé à 2 h. 10.

La délivrance se fait naturellement à 2 h. 45.

Durée totale du travail : environ 15 heures.

Le nouveau-né est un garçon bien conformé et pesant 3,270 gr. La tête est dans un état d'ossification assez avancée.

La bosse séro-sanguine est volumineuse.

Les diamètres de la tête sont :

| | | |
|---|---|---|
| Diamètre maximum | | 14 |
| — | occip.-ment | 13,4 |
| — | occip.-front | 11,5 |
| — | s.-occ.-bregm | 9,2 |
| — | bipariét | 9 |
| — | bitemp | 8,3 |

Le lendemain on remarque, pendant les cris de l'enfant, que la bouche est de travers et les traits tirés à droite.

L'œil gauche est à moitié ouvert et ne reste pas fermé quand on abaisse la paupière. La langue ni la luette ne paraissent déviées.

Rien ailleurs. Les membres s'agitent normalement.

La succion ne semble pas entravée et il ne s'écoule pas de lait par la commissure ; mais le bébé tette lentement.

Dès le lendemain, 8 mai, la paralysie s'atténuait et avait disparu le 9 au soir.

Le 17, l'enfant partait en bon état avec sa mère.

Dans ces trois cas, la cause de la paralysie faciale périphérique est, pour Nadaud et Roulland, la *compression produite par le promontoire.*

### Observation VI

*Accouchement spontané. — Bassin rétréci. — Fracture du frontal gauche. — Paralysie faciale du côté droit* (1).

Rosalie Alexandre, primipare âgée de 22 ans, se présente au pavillon Tarnier, n° 4, le 16 janvier 1881, à une heure du soir. Rachitique ; on constate que le diamètre sacro-sous-pubien mesure 0,105 sans déduction. — Position O.I.G.A.

Accouchement spontané après un travail de vingt-deux heures trente minutes. La tête n'a exécuté son mouvement de rotation interne qu'à l'orifice vulvaire.

Enfant masculin, pèse 2,570 gr.

L'angle sacro-vertébral a déterminé au niveau du frontal gauche une fracture avec enfoncement. La bosse pariétale droite est repoussée en arrière ; en avant de cette bosse le cuir chevelu est rouge foncé. — Les deux pariétaux chevauchent sur l'occipital. La déformation du frontal gauche est caractéristique d'une fracture.

La dépression produite par l'angle sacro-vertébral se trouve sur la portion horizontale de l'os à l'extrémité externe de l'angle que forme cette portion horizontale avec la portion verticale ou antérieure, sur le prolongement, par conséquent, d'une ligne verticale partant de l'apophyse orbitaire externe.

Cette fracture a produit deux ordres de phénomènes : de la compression cérébrale et une paralysie faciale du côté droit.

État comateux dont l'enfant sort après des excitations de la peau. Membres supérieurs et inférieurs nullement paralysés.

*Côté droit de la face manifestement paralysé.* Bouche déviée, commissure latérale droite abaissée ; *œil droit entr'ouvert*, tandis que le gauche est fermé ; dilatation des pupilles égale des deux côtés. L'enfant a pu boire du lait, mais il n'avale pas très bien. La luette ne paraît pas déviée.

---

(1) Labat. *Thèse de Paris*, 1881, p. 44.

La langue a un aspect normal.

Étant donnés les symptômes de compression cérébrale, la paralysie faciale et l'état peu rassurant de l'enfant, j'ai essayé de faire disparaître l'enfoncement qui causait les accidents. Je n'ai pu y parvenir.

Le 17. L'orbiculaire droit se contracte aussi bien que le gauche. Joue toujours flasque, mais diminution de la paralysie.

Langue un peu déviée à droite.

Le 18, la paralysie faciale a entièrement disparu.

Langue encore un peu déviée.

Pour Labat, la paralysie faciale est d'origine corticale; Roulland la considère comme périphérique et produite par compression sur le pubis.

A mon sens, s'il est certain que quatre de ces cas (observ. 1, 3, 4 et 5) sont des exemples indéniables de paralysie faciale périphérique consécutive à des accouchements spontanés, il est permis de douter que la cause de la paralysie soit toujours celle qu'a admise Roulland.

J'accorde que le promontoire, même dans un bassin normal (obs. de Roulland et de Nadaud) puisse contusionner le facial; mais, avant d'admettre la compression par le pubis et surtout par la tubérosité de l'ischion, je voudrais d'autres faits que ceux de Kennedy et de Labat dont l'interprétation semble un peu forcée.

A ces quelques observations de paralysies faciales dans des accouchements spontanés par le sommet, Roulland joint les réflexions suivantes :

« Jusqu'ici nous n'avons montré de paralysie que dans les présentations du sommet; les autres modes de présentations n'en paraissent pas indemnes.

« Lorsque le fœtus vient par la face, la chose serait plus fréquente même que dans l'accouchement par le sommet (?); dans ce cas, l'engagement se faisant en même temps que la déflexion se prononce, l'angle sacro-vertébral semble pouvoir comprimer le facial plus près de sa sortie du crâne, au niveau même du trou stylo-mastoïdien. Kennedy prétend

qu'il en a vu plusieurs exemples ; toutefois il n'en publie pas d'observation et nous n'en n'avons pas trouvé dans nos recherches bibliographiques.

« Enfin, la tête venant la dernière soit dans une présentation du siège, soit après une version, peut éprouver les mêmes froissements.

« Quoique ne possédant pas de cas d'hémiplégie totale acquise dans cette circonstance, nous soutenons qu'elle est possible en nous appuyant sur un fait de paralysie partielle que nous relatons un peu plus bas. »

Voici ce fait emprunté à M. Hamon de Fresnay :

### Observation VII

Chez un enfant venu par le siège en S.I.G., il y eut un dégagement facile du tronc et des bras. Il n'en est pas de même de la tête dernière que j'ai eu quelque peine à entraîner, malgré la flexion opérée en agissant du doigt sur le maxillaire inférieur.

L'enfant naît en état d'asphyxie blanche. Mais, après de nombreuses tentatives, il respire.

Le lendemain matin, l'*orbiculaire gauche était paralysé*. Il y avait des convulsions..... Il avait dû se produire, au cours des tractions effectuées pour entraîner la tête dernière, une lésion cérébrale imputable en grande partie à la stase sanguine occasionnée par la compression du cordon pendant l'accouchement.

Ici encore je crois l'interprétation de mon collègue un peu forcée. Sans chercher à expliquer le fait, j'estime qu'il ne suffit pas à établir l'existence de la paralysie faciale dans la présentation du siège.

Je n'ai pu, malgré des recherches poursuivies depuis un an, trouver dans la littérature obstétricale un seul cas de cette variété de paralysie ; mon maître M. Pinard m'a dit n'en avoir jamais observé. Les *Annales de gynécologie* seraient très heureuses si la publication de cette note pouvait aider à élucider cette question ; elles recevront avec reconnaissance toute communication qui leur viendra à ce sujet.

Ce qui précède suffit à établir : 1° que les auteurs qui ont

parlé des paralysies faciales spontanées n'en ont cité d'exemples que dans l'accouchement spontané par le sommet.

2° Et qu'ils les ont attribuées toutes à une compression *intra-pelvienne* du facial.

Le fait suivant que j'ai observé l'an dernier dans le service de mon maître M. Pinard, suppléé à ce moment par M. Champetier de Ribes, *prouve l'existence de la paralysie faciale dans l'accouchement spontané par le siège; elle me semble d'autre part établir que la compression du facial peut bien n'être pas toujours intra-pelvienne.*

La nommée Berthe J..., âgée de 17 ans, couturière, entre le 31 août 1887, à 6 heures du soir, à la Maternité de Lariboisière.

Primipare, bien conformée, ayant toutes les apparences d'une fille de 20 ans, elle a vu pour la dernière fois ses règles le 27 novembre 1886. La grossesse n'a rien présenté d'anormal et est arrivée au terme.

J... a ressenti les premières douleurs du travail le 30 août à 5 heures du soir; les membranes se sont rompues spontanément à 6 heures 1/2 le même jour; le travail a marché lentement.

Lorsque J... arrive à la Maternité elle est en période d'expulsion. Le fœtus vivant se présente par le siège en S.I.D.P.; le siège commence à distendre le périnée, le pied droit est à la vulve. La femme est mise en travers du lit.

Je laisse l'expulsion se faire spontanément. A 6 heures 1/2 le grand diamètre du siège franchit le détroit vulvaire, puis, sans temps d'arrêt, sortent le tronc et les bras collés au tronc. Les bras sortis, Mlle Carrier se met en devoir de dégager la tête, mais c'est pour ainsi dire peine superflue, car déjà la flexion et la rotation se sont accomplies spontanément, et c'est immédiatement derrière la commissure périnéale que les doigts introduits trouvent la bouche. En moins de temps qu'il ne faut pour le dire la tête est expulsée plutôt qu'extraite.

L'enfant est bien vivant; il pèse 3,050 grammes et mesure 43 centimètres.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

OF. 12 cent.

OM. 13 cent.
BP. 10 —
BT. 9 —
SOB. 10 1/2.

La femme est replacée dans le décubitus dorsal, et l'enfant mis à plat entre les jambes de la mère jusqu'à ce que les battements du cordon aient cessé.

Mlle Carrier qui l'observe appelle mon attention sur une déformation bizarre du côté gauche du cou. En arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire, en pleine région parotidienne, les parties molles sont profondément refoulées de façon à constituer une sorte de niche qui contraste singulièrement avec le côté droit normal et crée ainsi une asymétrie frappante. Au niveau du tragus gauche existe une plaque érythémateuse de la largeur d'une pièce de 2 francs.

En cherchant l'explication de cette asymétrie je note sur le moignon de l'épaule gauche une plaque érythémateuse exactement semblable.

Bientôt l'enfant, qui n'avait encore ni remué ni crié, commence à sortir de sa torpeur, et nous voyons alors la tête s'incliner fortement sur le moignon de l'épaule gauche qui vient se loger dans la niche indiquée plus haut.

La tête est ramenée sur la ligne médiane, puis abandonnée à elle-même ; de nouveau elle s'incline sur l'épaule gauche qui toujours reprend sa place. C'est évidemment pour elle affaire d'habitude.

FIG. 1.

Tout à coup l'enfant, complètement revenu à lui pousse sous l'influence de quelques frictions son premier cri. A ce moment il devient manifeste qu'il a une paralysie faciale gauche complète et périphérique des plus caractérisées.

L'œil gauche reste largement ouvert tandis que les paupières du côté droit se ferment hermétiquement; le nez est entraîné à droite de même que la commissure des lèvres. La moitié gauche de la face ne présente pas une ride, elle est comme morte; ni la langue, ni la luette ne sont déviées.

La photographie ci-jointe prise le lendemain matin par mon collègue et ami Deroche donne de la physionomie de l'enfant avant le cri une idée plus nette que toute description (fig. 1).

Dès le 3e jour après l'accouchement la tendance à l'inclinaison de la tête sur l'épaule gauche a disparu, et l'orbiculaire palpébral commence à fonctionner ; mais les autres signes de paralysie persistent au même degré. Le 4e jour l'œil gauche se ferme presque complètement pendant le cri. La succion est un peu gênée.

J... sort le 8 septembre 1887. L'enfant qui pesait 3,050 grammes le jour de la naissance, 3,070 le 3 septembre, 3,000 le 4, 3,100 le 6, pèse 3,270 gr. L'œil gauche ne se ferme pas encore complètement ; le bout du nez est toujours dévié à droite, la distorsion de la bouche est presque aussi complète qu'au premier jour. L'examen du bassin de J..., pratiqué par M. Champetier de Ribes et par moi, montre qu'il est absolument normal.

J'ai revu l'enfant 15 jours et 21 jours après sa sortie. L'amélioration est insensible. Je le soumets alors à l'électrisation et en 10 jours tout vestige de paralysie disparaît. La mère nous l'a ramené il y a deux mois ; guérison absolue.

Il me semble logique d'interpréter ce fait de la façon suivante :

Le fœtus se présentant par le siège en sacro-iliaque droite, et fortement bridé par l'utérus et la paroi abdominale chez cette primipare, avait, comme cela est l'habitude (voyez la planche suivante de Waldeyer), la *tête inclinée sur l'épaule postérieure.* La poche des eaux se rompt prématurément et spontanément dès le début du travail, et pendant 24 heures le fœtus est soumis à la pression énergique d'un utérus vide d'eau. L'inclinaison de la tête s'accentue de telle sorte que le moignon de l'épaule gauche se creuse une véritable niche dans la région parotidienne gauche, et comprime le facial au point de déterminer une paralysie qui ne cède qu'un mois et

demi après la naissance, après dix jours d'électrisation.

C'est, une fois de plus, un exemple de l'étroite adaptation du fœtus à la forme de la cavité utérine qu'on observe parfois dans la présentation du siège, et sur laquelle mon maître M. Pinard attire l'attention par ces lignes de son *traité du palper et de la version par manœuvres externes* (1).

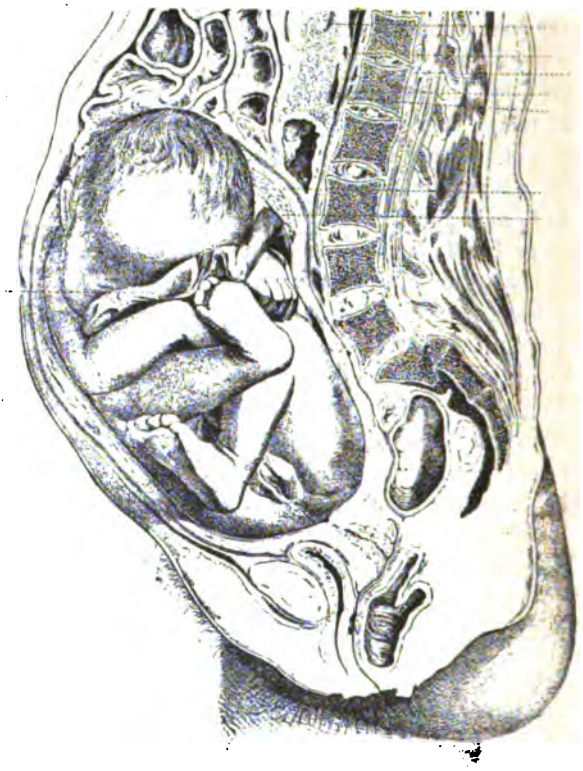


FIG. 2 (d'après WALDEYER). — Coupe médiane, après congélation d'une femme arrivée au terme de sa 10e grossesse.

« Quand la présentation du siège est le résultat d'une accommodation; quand la présentation est toujours la même,

(1) Paris, Steinheil, 1889, p. 306.

c'est-à-dire fixe dans les derniers temps de la grossesse, quand, en un mot, existe la variété que j'appelle franche, l'évolution peut être impossible. Il faudra donc s'arrêter quand, après avoir eu recours à l'anesthésie et fait disparaître l'engagement du siège, s'il existe, la mobilité du fœtus ne peut être obtenue.

« J'ai eu déjà l'occasion de rencontrer sept cas semblables, dont l'un avec M. Tarnier.

« Dans quatre de ces cas, la pression de la paroi utérine supportée par le fœtus était telle que les enfants présentaient des attitudes vicieuses.

« Trois présentaient une flexion latérale de la tête sur l'épaule.

« La région de la face comprimée présentait une dépression marquée au niveau du bord inférieur du maxillaire.

« Deux de ces enfants moururent pendant le travail; le troisième fut expulsé vivant, et, quelque temps après la naissance, la tête reprit son attitude normale et l'asymétrie de la face disparut.

« Chez le quatrième, il y avait renversement du pied en dehors, simulant un pied-bot; cette attitude disparut spontanément 9 jours après la naissance. »

H. VARNIER.

---

# SUR LA LIGATURE EN CHAINE

## PROCÉDÉS POUR PLACER LES FILS

Par **Victor Wallich**, interne des hôpitaux.

La ligature en chaîne est d'un usage aujourd'hui très répandu dans le traitement des pédicules. Dans cette ligature le pédicule se trouve compris entre les anneaux d'une chaîne de fils, croisés entre eux, liés séparément (fig 1), de telle sorte qu'on peut obtenir une constriction énergique, sans crainte de voir la ligature glisser. L'application de ce mode de ligature peut être décomposée en trois temps :

1° Mise en place des fils.
2° Croisement des fils.
3° Ligature.

De ces trois temps le premier seul, la mise en place des

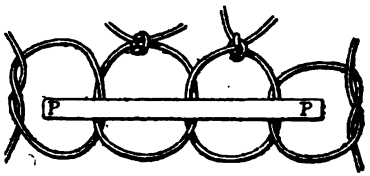



FIG. 1. — Figure schématique représentant un pédicule (P) compris entre les anneaux d'une ligature en chaîne. Les fils sont croisés et noués, prêts à être serrés.

fils, offre quelque difficulté d'exécution, et c'est de ce premier temps seulement que nous allons nous occuper.

Voici comment se fait d'ordinaire la manœuvre de la mise en place des fils :

On traverse le pédicule au moyen d'une aiguille généralement mousse, à courbure variable, montée sur manche, et percée d'un chas près de sa pointe (aiguilles de Terrier,

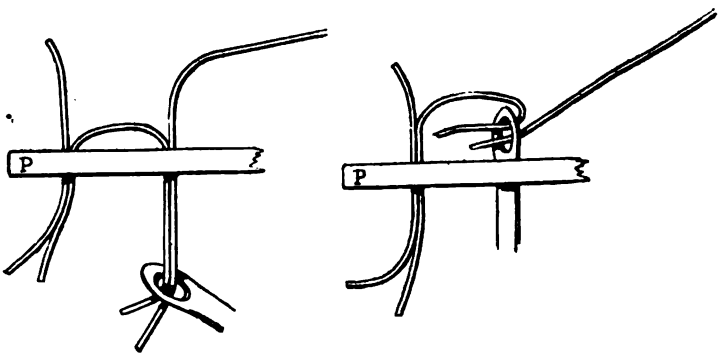



FIG. 2. — Figure schématique représentant la manœuvre habituelle pour placer les fils du deuxième point de ligature, dans la ligature de chaîne

de Championnière). L'aiguille ayant traversé le pédicule, on passe dans le chas un fil double que l'aiguille ramène dans

les tissus en se retirant. Ceci fait on sectionne l'anse du fil double de façon à avoir deux fils. Si le pédicule est étroit la ligature est suffisante, il ne reste plus qu'à croiser les deux fils et les lier, mais si le pédicule est plus large, et que l'on doive placer plusieurs points de ligature, il faudra, chaque fois que l'aiguille aura traversé le pédicule, enfiler dans son chas un fil simple, et en outre un chef de l'un des fils du point de ligature précédent (voir fig. 2.) Pour terminer l'opération il ne reste plus qu'à croiser les fils et les lier.

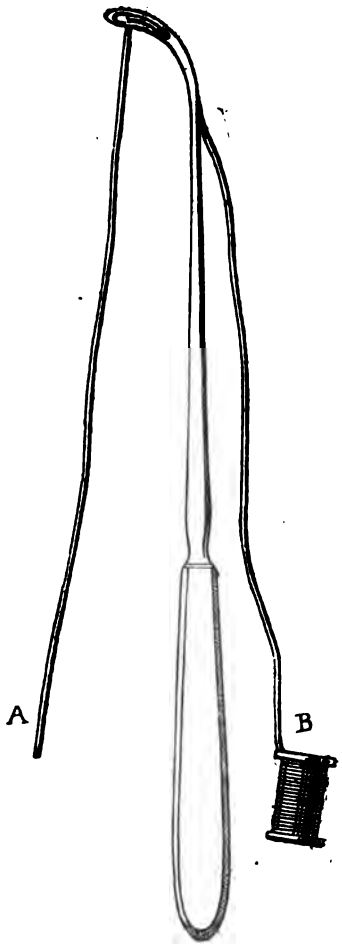



FIG. 3. — Aiguille à deux chas. — A est le court chef du fil. — B est le long chef du fil qui passe dans les 2 chas et vient se continuer autour de la bobine. Celle-ci, pendant la manœuvre, se trouve dans la main de l'opérateur à côté du manche de l'aiguille.

Il est incontestable qu'il suffit d'un peu d'exercice pour opérer sans hésiter ces diverses manœuvres, même au milieu des difficultés qu'on peut avoir soit à enfiler l'aiguille dans un point situé profondément, soit dans le choix exact du fil qu'on doit passer dans le chas. On peut recourir à un autre procédé qui simplifie la manœuvre, et dispense de l'opération quelquefois délicate de passer le fil, et le fil qu'il faut dans le chas de l'aiguille. Le procédé que nous allons décrire est d'une application si simple

qu'il ne peut laisser à personne le mérite de l'avoir inventé. Toutefois nous croyons qu'on pourrait dans bien des cas y recourir avec avantage.

Voici la façon de procéder :

Une aiguille de Terrier, percée de son chas ordinaire, et d'un chas supplémentaire, situé à un centimètre au-dessous du précédent, est enfilée, avec un fil aussi long que l'on voudra (fig. 3). Ce fil après avoir traversé les deux chas de l'aiguille se continue dans la main de l'opérateur à côté du manche de l'instrument (voir fig. 3.)

Soit A et B les deux chefs du fil, en fixant le chef A près de la pointe de l'aiguille, on peut faire glisser l'aiguille sur toute la longueur du chef B.

L'aiguille ainsi armée, l'opérateur la prend dans sa main avec la bobine et le chef libre du fil, et traverse le pédicule. Ceci fait on saisit avec une pince près de la pointe de l'aiguille, la partie libre du fil (A) (fig 4) pendant qu'on retire l'aiguille en la faisant courir sur le long chef du fil (B) (fig 5). On fait parcourir à l'aiguille une longueur de fil suffisante pour aller un peu plus loin, traverser de nouveau le pédicule. afin de pratiquer le deuxième point de ligature.

A ce niveau, on répète la même manœuvre, l'aiguille ayant traversé le pédicule, on saisit et maintient avec une pince la portion du fil qui ne traverse pas les chas de l'aiguille, pendant qu'on retire celle-ci. On pratique de la même façon les points suivants de ligature.

On a ainsi tous ses fils placés (voir. fig. 6). Il ne reste plus qu'à sectionner toutes les anses maintenues par des pinces, croiser les fils et lier comme d'ordinaire. Par ce procédé il n'est pas besoin d'enfiler l'aiguille à chaque point de ligature, il suffit de pincer et de maintenir le chef libre du fil pendant qu'on retire l'aiguille en arrière.

Il nous reste à faire quelques remarques :

1° Comme il est nécessaire que l'aiguille chemine de A en B, de la portion la plus courte du fil vers la plus longue, et non en sens inverse, sous peine de revenir sur le chemin par-

couru, ou d'être désenfilée, nous avons pensé qu'il serait préférable de faire passer le fil B ou longue portion dans 2 chas successifs, pour qu'on ne soit pas tenté de le saisir au lieu du fil court A, demeuré libre.

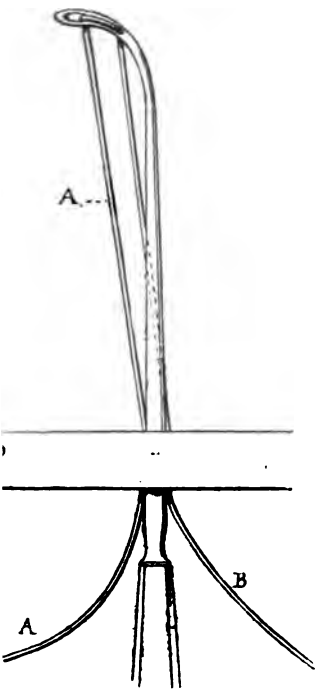



FIG. 4. — Figure représentant l'aiguille qui vient de traverser le pédicule (P), au moment ou le fil A doit être saisi au voisinage de la pointe de l'aiguille.

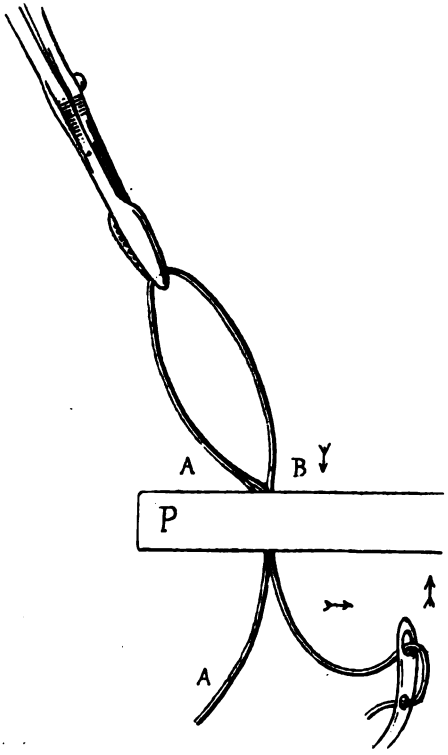



FIG. 5. — Le fil étant maintenu par une pince, l'aiguile est retirée. En glissant sur le fil B, elle va, en suivant la direction indiquée par les flèches, pratiquer un deuxième point de ligature.

2° La longueur du fil peut être indéfinie et la bobine où il est enroulé se trouvant dans la main de l'opérateur à côté du manche de l'aiguille, la bobine accompagne l'instrument dans tous ses mouvements.

Il s'ensuit, que lorsque le fil est fixé, la bobine accompagnant l'aiguille et la main de l'opérateur dans le mouvement en arrière exécuté pour retirer l'aiguille, le fil se déroule.

3° On pourrait objecter à ce procédé, que le fil humide

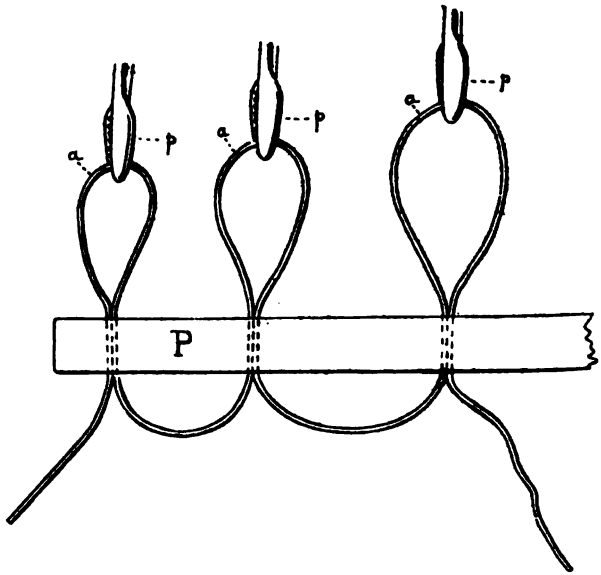



FIG. 6. — Figure schématique représentant tous les fils en place, maintenus par les pinces (p). Il suffira de sectionner chaque anse au point a, croiser et lier les fils pour terminer la ligature.

glisse difficilement à travers l'aiguille également mouillée, au milieu des tissus. Nous avons pratiqué ce procédé sur le cadavre avec instruments et fils mouillés, et nous avons pu l'exécuter sans difficultés.

## NOTE SUR L'OPÉRATION D'EMMET OU TRACHÉLORRAPHIE (1)

Par le Dr G. Mouzel (de Boulogne-sur-Mer).

*Indications.* Toutes les déchirures du col ne nécessitent par l'opération d'Emmet qui nous dit avec beaucoup de sagesse : « l'opération a été faite trop souvent pour qu'elle ait toujours été nécessaire » (2). Les lacérations qui, laissant au col sa configuration normale, ont permis l'involution de l'utérus, doivent être laissées en l'état ou sont justiciables d'un traitement que nous appellerons médical : cautérisations, pansements, injections, etc., etc., pour peu qu'elles donnent lieu passagèrement à quelques troubles légers; il en est tout autrement des déchirures accompagnées d'ectropion, de développement des œufs de Naboth, d'hyperplasie utérine, de leucorrhée, de ménorrhagie, etc., avec le cortège de troubles réflexes habituels à ces sortes de lésions. Celles-là peuvent être améliorées par un traitement médical, améliorées mais non guéries; l'entité morbide qu'elles ont développée ne peut disparaître qu'en supprimant la cause qui l'a amenée : en rendant au col sa forme et ses fonctions. Il y a donc pour le chirurgien une question de diagnostic et d'appréciation qui doit guider sa conduite, armer ou retenir sa main.

Dans l'enthousiasme du début, les Américains ont dit : toute déchirure du col doit être traitée par la trachélorraphie, à quoi le plus grand nombre des gynécologistes européens ont répondu : à quoi bon ? Nous guérissons les lacérations du col par les moyens ordinaires et sans opération sanglante. Les uns et les autres ont tort et raison, il suffit de préciser les indications pour les mettre d'accord. Toute déchirure du col n'entraîne pas fatalement l'opération, mais, comme nous l'avons dit, il en est un certain nombre qui ne peuvent guérir définitivement sans elle.

(1) Vid. in *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1888. Octobre, p. 241.

(2) Emmet. *Loc. cit.* p. 476.

Envisageant la lésion à un autre point de vue, le Dr Goodell (1) croit que la déchirure du col non restaurée prédispose aux affections cancéreuses et, basant sa conduite sur cette manière de voir, il a opéré : « des cols déchirés sans qu'il y eût de symptômes locaux ou constitutionnels, sans autre raison que celle qu'il y avait dans la famille des antécédents cancéreux ». Nous ne voudrions pas discuter l'opinion du docteur Goodell, nous nous bornons à l'indiquer, n'ayant sur ce point aucune expérience personnelle, et aucun travail n'ayant été fait, qui puisse nous édifier sur sa valeur. Emmet lui-même reste assez incrédule devant cette assertion. « J'accepterais volontiers l'enseignement du Dr Goodell en ce qui touche à la nécessité de réparer la lésion pour protéger l'individu contre ce qui pourrait naître de l'état local, mais je n'ai jamais pu trouver la trace d'une tendance héréditaire à une forme quelconque d'affection maligne, en rapport avec une déchirure du col (2). » A part cette réserve, nous acceptons complètement les indications posées par le Dr Goodell qui, ayant pratiqué largement cette opération, plus de deux cents fois, en a une expérience que nul ne peut récuser. Le peu de cas qu'il nous a été donné d'observer ou d'opérer, nous ont amené à des conclusions identiques.

En nous donnant le résultat de sa pratique, ainsi qu'il suit, M. Goodell nous fait courageusement un aveu qui rehausse encore la valeur des propositions qu'il formule : « Quant aux résultats avantageux de la trachélorraphie, je dois franchement reconnaître que je ne suis plus aujourd'hui aussi confiant qu'au début. Certains cas m'ont causé des désappointements, mais d'autre part, j'ai indubitablement *opéré sans nécessité dans quelques cas*. On peut poser cette grande règle que, lorsqu'il existe un ectropion marqué, asso-

(1) GOODELL. *Notes of one hundred and thirteen cases of operations for laceration of the cervix*. Amer. Journ. of obstetrics. Janvier 1882.

(2) EMMET. *Loc. cit.*, p. 479.

cié à un grand développement des glandes de Naboth avec leucorrhée et ménorrhagie, l'issue de l'opération sera heureuse. Dans les cas de ce genre j'ai obtenu des résultats excellents ».

Il ajoute, et nous sommes complètement de son avis, que les opérations faites pour des déchirures sans ectropion, ou simplement parce qu'il y avait du tissu cicatriciel dans les angles de la fissure, lui ont procuré d'amers désappointements ; l'expérience lui ayant appris que l'épuisement nerveux et l'irritation spinale évoquent des symptômes qu'on avait à tort rapportés aux déchirures légères du col, mais qui ne dépendent en aucune façon de ces lésions. Nous ne pouvons mieux faire après cette citation que de nous associer à la conclusion qu'elle inspire à Emmet : « Si l'observation future restreignait son utilité dans ces seules limites, le champ en serait encore très étendu ».

*Dangers de l'opération.* — Toutes les opérations peuvent être la source d'accidents immédiats ou éloignés, la trachélorraphie n'échappe pas à cette loi; toutefois, depuis les progrès réalisés par l'application vraie de la méthode antiseptique, ou mieux de l'asepsie, les dangers ont bien diminué et, comme nous l'établirons plus bas, la plupart sont imputables à l'opérateur ou à ses assistants plutôt qu'à l'opération. C'est avec intention que nous disons : l'application vraie de la méthode antiseptique ou de l'asepsie.

Depuis la révolution amenée en chirurgie par les admirables travaux de MM. Pasteur et Lister, il n'est pas de médecin, maniant tant soit peu le bistouri, qui ne parle de l'asepsie et qui ne se proclame Listérien : mais qu'il y a loin de la coupe aux lèvres ! Beaucoup interprétant mal ou ne comprenant pas ce qui s'écrit journellemeut sur ce sujet s'arrêtent aux bagatelles de la porte, et croient faire de l'antiseptie parce qu'ils emploient de l'acide phénique ou de l'acide borique, sans penser que leurs ongles en deuil, leurs instruments impurs, leur éponge, poisseuse, sont des mines inépuisables de microbes, et qu'il serait profitable pour leurs

opérés qu'ils laissassent de côté l'acide phénique, mais se servissent davantage de savon et d'eau claire. Nous connaissons tel chirurgien d'un hôpital important qui, avant d'entrer dans ses salles, met des manches en lustrine noire comme celles dont se servent les écoliers : manches antiques, vierges de savon et d'eau mais familiarisées avec le pus et le sang ; qui, depuis plusieurs années, nettoye imperturbablement les plaies d'amputation et les phlegmons avec la même éponge, réceptacle de toutes les infections ; mais il emploie l'acide phénique, il croit faire de l'antisepsie et vous le surprendriez, sans le convaincre, si vous lui disiez le contraire.

Nous pensons donc, que les accidents inflammatoires : cellulite, péritonite et autres sont le fait de l'opérateur et, qu'un chirurgien soigneux, propre et aseptique doit toujours les éviter. Nous n'aurons donc pas à nous en occuper. Restent les accidents qui peuvent survenir au cours de l'opération ou en être la conséquence plus ou moins éloignée.

II. — Plusieurs auteurs ont signalé l'hémorrhagie ; ce n'est pas dans l'espèce un accident bien redoutable, et nous sommes armés de moyens qui nous permettent d'en être maîtres à coup sûr. Ainsi que nous l'établirons plus bas, comme avant de pratiquer l'opération d'Emmet on a dû s'assurer que l'utérus jouissait d'une certaine mobilité, et qu'aucune inflammation aiguë ne subsistait dans les ligaments qui l'unissent au bassin, ou dans les tissus circum-utérins, il est facile de l'amener à la vulve, le champ opératoire est donc tout entier sous les yeux et sous les doigts. En prenant la précaution de faire précéder l'opération par une injection d'eau à 50 degrés, l'écoulement de sang est très modéré et s'il augmentait après l'avivement, l'eau chaude pourrait encore en avoir raison. Les incisions devant remonter très haut dans le cul-de-sac, l'artère coronaire du col pourrait être ouverte ; dans ce cas qui est rare, une pince à forcipressure ou une ligature à fil perdu arrêterait immédiatement l'écoulement de sang. Mais, le plus souvent, il suffit d'appli-

quer rapidement les sutures, et l'affrontement des lèvres de la plaie suffit pour faire cesser toute hémorrhagie. Aussi croyons-nous inutile d'employer le tourniquet ou l'anneau de caoutchouc, sorte de bande d'Esmarch, qu'Emmet indique comme pouvant être placé autour du col afin d'éviter toute perte sanguine. Quand la déchirure est profonde, la pose de ces instruments doit être difficile et leur présence peut gêner l'avivement; quand la déchirure est peu étendue ils sont inutiles ou ne pourraient que favoriser une hémorrhagie secondaire. Puis, nous le répétons, les moyens dont nous disposons sont assez puissants pour que nous n'ayons rien à craindre au moins pendant l'opération. Emmet s'est lui-même rallié à ces idées, puisqu'il termine la description de son instrument par ces explications : « Dans les circonstances ordinaires, j'ai trouvé que l'administration d'une abondante injection vaginale d'eau chaude, immédiatement avant l'opération, diminue tout autant l'écoulement sanguin que le tourniquet, et je l'emploie maintenant rarement » (1).

Les hémorrhagies secondaires sont possibles. C'est là un fâcheux contretemps, qui peut mettre en péril la vie de l'opérée si elle est éloignée de tout secours, ou qui peut, quand les moyens rationnels ont échoué, forcer à désunir la suture pour chercher le point qui donne et le lier. C'est en tous cas un accident qui arrive rarement, surtout quand on a pris la précaution de s'assurer, avant de pratiquer la suture, qu'il n'y avait aucun jet artériel et qu'on s'est servi d'aiguilles rondes et non tranchantes. Le premier point de suture doit être placé aussi haut que possible, près du cul-de-sac, il rase l'artère circulaire, partant une aiguille tranchante peut l'intéresser, et comme le fil ne remplit pas aussi complètement le trou fait par cet instrument que celui d'une aiguille ronde, il pourrait en résulter une hémorrhagie secondaire. Cet accident est bien rare et bien peu à redouter, puisque des chirurgiens familiers avec cette opération en tiennent

(1) Emmet. *Loc. cit.*, p. 460.

si peu de cas, que le Dr Janvrin, de New-York (1), conseille la restauration du col et du périnée en une seule séance quinze fois il l'a pratiquée sans le moindre inconvénient.

III. — Les lèvres du col peuvent être tellement épaissies et enroulées au dehors, leur tissu peut être sclérosé au point qu'il soit très difficile d'affronter les lambeaux. Pour les rapprocher, il faudrait serrer les fils trop fort et ils risqueraient alors de couper ou de déterminer une gangrène des lambeaux qui compromettrait leur réunion. Dans ces cas, il faut faire de plus grands sacrifices, aviver plus profondément et nous dit Emmet, excaver au besoin les deux lambeaux de manière à obtenir une coaptation facile. On peut encore employer le procédé suivant dont nous nous sommes bien trouvé dans un cas difficile. Les fils placés méthodiquement affrontaient les côtés de la plaie bordant le canal cervical, mais pour amener en contact les lèvres externes, sur la convexité, il eût fallu les serrer d'une façon dangereuse pour la solidité ou pour la vitalité des tissus. Nous serrâmes alors ces fils modérément, et certain que les lèvres de la plaie, longeant le canal cervical, étaient retenues en contact et ne pouvaient ni glisser, ni chevaucher, nous fermâmes facilement l'encoche restant à la partie externe, sur la convexité du col, par des sutures superficielles qui, embrassant une moins grande quantité de tissus, agissaient plus directement et, avec beaucoup moins d'efforts, faisaient beaucoup plus de besogne.

Malgré toutes les précautions, la réunion échoue quelques fois : 8 fois sur cent en moyenne nous dit le Dr Hughe Wells (2), mais plus souvent à l'hôpital que dans la pratique privée. Nous ne voulons pas rechercher quelles peuvent être les causes de cette différence ; bornons-nous à constater que, dans ces cas malheureux mais très rares, la situation de la

(1) *Fifteen Cases of simultaneous closure of the lacerated cervix and perineum.* Amer. Journ. of obstetrics, mai 1884.

(2) Amer. Journ. of obst., juin 1884.

femme n'en est nullement aggravée : elle se retrouve après comme avant, personne ne songera à rejeter une opération parce qu'elle ne réussit pas toujours. Nous souhaiterions que la chirurgie en fût arrivée à ce degré de perfection que, dans les opérations en général, on fût certain de réussir 92 fois sur cent.

IV. — Les accidents les plus redoutables sont les accidents inflammatoires; la métrite, la cellulite ou la péritonite peuvent être la conséquence de la trachélorraphie, des cas de mort ont été signalés, Emmet lui-même, Hunter et Mundé en citent. Il faut qu'ils soient assez rares, puisque dans son mémoire, sur les effets immédiats et éloignés de l'opération d'Emmet, lu à l'American medical Association, Washington, mai 1884, le Dr Johnson, sur plus de trois mille trachélorraphies analysées, a trouvé dix morts; soit environ 0,33 0/0. C'est peu mais c'est encore trop; car il est permis de se demander si ces dix morts, occasionnées par hémorrhagie, par cellulite et par péritonite, n'auraient pas pu être évitées avec une hémostase plus soigneuse, des précautions antiseptiques plus parfaites, ou un choix plus judicieux du moment où l'opération devait être tentée. N'opérez que quand toute inflammation aiguë de l'utérus ou des annexes aura été absolument éteinte, ayez la patience de préparer votre malade, soyez aseptique, et vous n'aurez pas à regretter de ces catastrophes qui jettent un discrédit immérité sur une opération innocente quand elle est judicieusement pratiquée.

V. — Parmi les accidents éloignés, on a noté l'atrésie du col ; on a prétendu que la trachélorraphie amenait la stérilité, prédisposait aux fausses couches, pouvait être un obstacle à l'accouchement, ou que la cicatrice devait nécessairement se rompre au moment de la parturition. Ces reproches ont été fort exagérés et la plupart ne reposent sur aucune observation sérieuse.

Après l'opération d'Emmet, le col hypertrophié revenant sur lui-même, on a un col neuf, un col de vierge dont le canal cervical peut se trouver rétréci au point de n'admettre que

laborieusement un hystéromètre de moyen calibre. Cela se produit surtout quand l'opérateur, ne ménageant pas assez ses avivements en surface, n'a laissé qu'une bande trop étroite de muqueuse pour reconstituer le canal. C'est dans le but d'obvier à cet inconvénient que le Dr Peaslee mettait une boulette de charpie destinée à maintenir le canal ouvert pendant la cicatrisation, il est juste cependant d'ajouter que cet opérateur avivait toute la surface des lambeaux et que, sans sa précaution, il eut eu non plus une atrésie mais une occlusion complète du canal. En opérant, on doit donc avoir présent à l'esprit la possibilité de cet accident et faire en sorte de ménager une bande de muqueuse assez large pour avoir un canal suffisant. Quoi qu'on puisse craindre, aucun auteur n'a constaté une atrésie suffisante pour gêner l'écoulement menstruel, ni pour empêcher la pénétration des spermatozoïdes ou le passage d'une sonde utérine maniée avec habileté et douceur. Dans ces conditions, ce n'est pas un accident, c'est tout au plus une imperfection qui peut être évitée. Selon notre expérience personnelle, le plus simple est de faire maintenir, par un aide, une sonde utérine dans ce qui devra être le canal, pendant l'application des sutures. On est ainsi certain, l'avivement ayant été bien fait, de laisser assez d'étoffe pour un canal normal.

La stérilité et les avortements seraient plus fréquents, a-t-on prétendu, chez les femmes opérées que chez celles qui on a laissé une déchirure profonde avec un col bien étalé en champignon. Cela reviendrait a soutenir qu'un organe déchiré et malade est plus apte a remplir ses fonctions qu'un organe restauré et en bon état. A priori cela semble absurde, ce l'est en effet ; mais il faut se défier du raisonnement, en clinique, les faits seuls ont de la valeur, et, ici les faits sont d'accord avec le raisonnement.

Dans son tableau XXXIV (1) Emmet résume l'histoire de 164 femmes atteintes de déchirures du col, avant le trau-

(1) Emmet. *Loc. cit.*, p. 441.

matisme elles ont eu 528 grossesses qui ont donné la vie à 486 enfants et se sont terminées 42 fois par des fausses couches. De ces fausses couches il est juste d'en retirer 3 qui ne sauraient compter, ayant été le résultat de manœuvres criminelles : reste donc 39 fausses couches spontanées : cela donne 3,82 grossesses par femme et 7,6 0/0 de fausses couches naturelles.

Sur ces 164 femmes, 47 seulement sont redevenues enceintes après leur déchirure et avant tout traitement. Elles ont eu 28 enfants, 45 fausses couches, plus 7 avortements criminels ; en tout 80 imprégnations. Cela nous donne pour chaque femme 0,48e de chances d'imprégnation avec seulement 0,17e d'enfant et 95 0/0 de fausses couches naturelles en déduisant, bien entendu, les 7 avortements criminels. Il nous semble qu'après ces chiffres il est permis de dire : par le fait de la déchirure la fécondité est l'exception et la stérilité est la règle, d'autant plus que d'autres observateurs, notamment M. Van de Warker (1) ont été amenés à des conclusions identiques. En poursuivant l'étude de ce tableau on le trouve encore plus concluant, puisque sur les 47 ou mieux 45 femmes fécondes après le traumatisme, nous voyons que 17 ont donné le jour à 20 enfants, 4 ont eu 8 enfants et 8 fausses couches, et 24 ont fait 37 fausses couches sans pouvoir mener une seule grossesse à bien. C'est donc un fait acquis : la déchirure est une cause de stérilité et de fausses couches, et ces accidents se reproduisant même après la trachélorraphie, on ne pourrait les imputer à l'opération.

La restauration du col guérit l'utérus et, l'ayant remis en état, empêche qu'il ne soit, à l'avenir, une cause d'inflammation pour les organes qui l'entourent ; mais elle n'a pas la prétention de faire disparaître les désordres irrémédiables que : la cellulite, l'inflammation intra et péri-utérine, résul-

(1) *Thirty one opérations for repair of laceration of the cervix uteri* Amer. Journ. of obst., juillet 1883.

tant d'une déchirure longtemps négligée, ont pu amener dans les trompes ou leurs pavillons. Dans ces cas, la stérilité est absolue quoi qu'on fasse. C'est un certain nombre de ces cas qu'a dû rencontrer le Dr Murphy (1), car il arrive à cette conclusion tout à fait inattendue : que c'est l'opération et non la déchirure qui cause la stérilité. Il est du reste à peu près seul de son avis. MM. Baer (2) et Taber Johnson (3) soutiennent le contraire, et M. Hugue Wells (4) le prouve dans son important travail dont nous donnerons, plus loin, les conclusions. Il ne faut pas oublier non plus, que la plupart des femmes opérées ont dépassé 30 à 35 ans, âge où la fécondité décroît normalement sans qu'on soit obligé d'invoquer d'autre cause que les lois naturelles. Tout dernièrement, ces jours-ci, nous avons accouché une jeune femme à qui nous avions pratiqué l'opération d'Emmet. Il y a trois ans. Avant sa déchirure, elle avait eu deux enfants vivants et depuis son trauma elle avait fait trois fausses couches spontanées. L'opération lui a rendu la santé et elle a mis au monde une grosse fille après un travail de quatre heures, sans aucune intervention et sans que la cicatrice du col cédât le moins du monde.

En somme, qu'importe que les femmes déchirées soient aptes à être imprégnées, si leur utérus malade et incomplet les empêche de mener leurs grossesses à terme, et si des fausses couches répétées doivent venir sans cesse les entraver et aggraver leur état. Pour nous, une femme inapte à être imprégnée ou une femme qui ne peut qu'avorter sont deux femmes également stériles. Dans ce problème une

---

(1) *Observations regarding the effects of trachelorraphy on fertility and parturition*. Amer. Journ. of obst., janvier 1883.

(2) *Observations regarding the effects of trachelorraphy on fertility and parturition*. Amer. Journ. of obst., janv. 1883.

(3) *On analysis of twenty seven operations for the restauration of the lacerated cervix uteri, with special reference to the effect of the operation on fertility and labor*. The Med. News., 24 février 1883.

(4) Amer. Journ. of obst., juin 1884.

seule chose est à considérer : le but, c'est-à-dire la natalité. Une femme déchirée, qui concevra pour donner son fruit non viable, courra plus de dangers, mais ne rendra pas plus de services à la société ou à sa famille qu'une femme stérile dans toute l'acception du mot. Or, rappelons-nous bien que M. Hughe Wells a trouvé 25,4 0/0 des femmes opérées ayant eu des grossesses normales, tandis que chez les femmes non opérées, Emmet n'en a trouvé que 12,9 0/0 ayant pu arriver à l'accouchement.

VI. — On a encore reproché à la trachélorraphie de pouvoir être un obstacle à la dilatation du col, dans un accouchement subséquent, ou d'être inutile : un nouvel accouchement ne pouvant s'effectuer, selon ces auteurs, qu'au prix d'une nouvelle déchirure. On l'a prétendu, on prétend tant de choses! mais personne n'en a cité d'exemple bien probant. Le tissu inodulaire, conséquence de la déchirure, est inextensible, peut amener un retard, être même peut-être un obstacle à la dilatation du col. L'opération d'Emmet commence précisément par enlever toutes les cicatrices pour ne laisser que des tissus sains qui, affrontés, se réunissent par une cicatrice linéaire, verticale, ne formant pas anneau sur la dilatation, mais ne laissant qu'une ligne sur un de ses côtés. Il n'est pas nécessaire de démontrer que cette cicatrice linéaire permet une dilatation plus prompte et plus facile que les inodules cicatriciels qu'elle remplace. S'il en fallait un exemple, nous n'aurions qu'à citer l'observation racontée par le Dr Janvrin à la réunion de la New-York obstetrical Society. Appelé par le médecin traitant, près d'une femme en travail depuis longtemps, sans que l'orifice se fût dilaté le moins du monde, par suite du tissu inodulaire cicatriciel qui constituait la plus grande partie du col déchiré, il trouva un orifice si petit qu'à peine put-il y introduire la sonde et, en désespoir de cause, il dut le diviser au bistouri dans différentes directions afin d'ouvrir un chemin suffisant aux branches du forceps.

opérés sans traitement préalable et sans accident, nous ne saurions conseiller de l'imiter. Ainsi que le dit si excellemment le Prof. Verneuil (1) : le rôle du chirurgien ne consiste par seulement à opérer, sa mission est plus haute ; le bistouri n'est qu'un moyen, dont il doit préparer puis assurer le succès par un traitement anté-opératoire et par des soins consécutifs.

Il n'est pas nécessaire d'avoir fait beaucoup de gynécologie, pour savoir combien il est redoutable de troubler, par une intervention quelle qu'elle soit, un utérus atteint de métrite aiguë ou de paramétrite. En soufflant sur le feu on allume l'incendie, et on n'est jamais sûr de pouvoir l'éteindre. Il faut donc suivre les conseils prudents d'Emmet, guérir la métrite ou la cellulite par un traitement approprié, et ne pratiquer l'opération que pour maintenir et pour assurer le résultat obtenu. Beaucoup des gynécologistes de l'ancien monde pensent que ce traitement préparatoire suffit pour amener une guérison définitive sans qu'il soit besoin de réunir la déchirure : c'est une erreur. Vous aurez guéri, a grand' peine et par un long traitement, les lésions résultant de la lacération, sans la guérir elle-même, vous n'aurez fait que la moitié de la besogne en négligeant le plus important. Dès que la femme aura repris sa vie habituelle, la déchirure reprendra tous ses droits, et produira fatalement les désordres qu'elle a déjà causés une première fois ; tandis que si vous assurez votre œuvre par la trachélorraphie, le traitement sera complet et la guérison définitive.

Quand, par le toucher, on trouve une inflammation aiguë ou mal éteinte de l'utérus ou de ses annexes, il convient de la faire disparaître avant de rien entreprendre. Les meilleurs moyens à employer, outre les remèdes internes qui varient avec chaque malade, selon la diathèse dont elle est dominée, sont : les vésicatoires et les différents révulsifs de la peau : les grands bains qui ne sont complets qu'autant qu'un spé-

(1) *Congrès d'Oran.* Sem. méd., p. 145, 1888.

culum ou une large canule en conduit l'eau jusque sur le col ; les injections quotidiennes d'eau à 45 ou 50 degrés, la femme étant étendue sur le dos et le liquide s'écoulant très doucement, avec des intermittences, pendant 10 à 15 minutes au moins ; des badigeonnages du col avec une solution concentrée d'iode ; et surtout l'enveloppement quotidien du col avec de larges tampons d'ouate imbibés de glycérine pure, et, selon les indications, saupoudrés de poudre de camphre, de salol ou d'iodoforme. Les applications de glycérine sont ici particulièrement précieuses. C'est un osmotique puissant qui, déterminant une pluie séreuse, active la circulation de l'utérus et, y rendant les échanges plus actifs, entraîne les liquides qui l'imbibaient, et le décongestionnent ainsi que ses annexes. Dès que par ces moyens, ou d'autres analogues, les phénomènes aigus auront disparu et qu'il ne sera plus à craindre de déterminer un orage par les manœuvres opératoires; en un mot, dès que l'utérus aura été rendu maniable, il faudra encore, pendant cinq ou six jours, désinfecter soigneusement le champ opératoire, au moyen d'injection de liqueur de Van Swieten et de tampons iodoformés, avant de prendre le bistouri. Le plus laborieux est alors fait, car l'opération en elle-même ne présente pas grandes difficultés et, avec de la patience, tout chirurgien au courant des opérations plastiques s'en tirera avec honneur.

*Opération.* — Emmet, avec les chirurgiens américains et anglais, placent la femme sur le côté gauche, nous préférons la position de la taille comme plus commode et comme plus familière aux gynécologistes français. La femme est endormie au chloroforme, et maintenue, dans la position de la taille, par la béquille de Clover, qui supprime deux aides et laisse absolument libre le champ opératoire et ses environs. Après avoir lavé le vagin avec une abondante injection d'eau de 45 à 50 degrés, lavage qui est tout à la fois antiseptique et hémostatique, on amène doucement le col à la vulve, en saisissant la lèvre antérieure avec une fine pince à griffes conduite sur le doigt ou placée au moyen du spécu-

lum, selon l'habitude ou le choix de l'opérateur. Les grandes et les petites lèvres étant alors éloignées au moyen de grands écarteurs, le col et la déchirure sont sous la vue et sous les doigts du chirurgien.

M. Goodell remplace la pince à griffes par un long fil d'argent traversant les deux lèvres. Il attire, avec un ténaculum, la partie moyenne du fil et, après l'avivement, en lâchant le milieu et en tirant sur les chefs, il s'en sert pour affronter la plaie et guider les autres sutures. Le grand point est d'attirer le col, de le fixer. Les moyens peuvent différer au gré de l'opérateur, mais c'est là un fait secondaire sur lequel il est inutile de s'étendre.

Après avoir rapproché les lèvres du col avec des ténaculums, afin de bien déterminer la place du canal cervical, et d'étudier quelle quantité de tissus il convient de sacrifier, on procède à l'avivement qui, nous l'avons assez répété pour qu'il soit superflu d'insister, doit enlever soigneusement tout le tissu cicatriciel. Les uns préfèrent ici les ciseaux, d'autres le bistouri; MM. Kuchenmeister et Hart (1) ont même fait fabriquer des ciseaux spéciaux qui peuvent trouver ici leur application, mais dont on peut parfaitement se passer. D'après notre expérience personnelle, le mieux est de pratiquer l'avivement des lèvres avec des ciseaux, de régulariser les plaies avec le bistouri et d'enlever avec lui le nodule cicatriciel qui se trouve à l'angle de la déchirure, au fond du cul-de-sac. En ce point, en effet, l'avivement est difficile avec les ciseaux, et s'il n'était pas bien régulier, on risquerait de laisser un point profond de tissu non avivé qui compromettrait la réunion, partant le succès de l'opération. Pour faciliter l'exécution de ce temps, un aide écarte les lèvres de la déchirure avec une pince érigne divergente ou avec deux petits ténaculums. Il est inutile d'ajouter que, si la déchirure était double, on procéderait successivement pour chaque côté comme nous venons de l'indiquer pour l'un

(1) Hart et Barbour. *Loc. cit.*, p. 157.

d'eux. Dans les cols volumineux, malades depuis longtemps, en pratiquant l'avivement, on voit sortir de la plaie des kystes blancs translucides, gros environ comme des petits pois. Ce sont des œufs de Naboth, dans certains cas le col en est farci. Il y aurait alors avantage à transpercer le col, en plusieurs points, avec une fine aiguille, de manière à vider ces kystes. On obtiendrait par là un double avantage : on faciliterait le rapprochement des lèvres de la plaie en diminuant le volume de l'ectropion, et on hâterait l'involution qui doit résulter de l'opération.

Les plaies ayant été abstergées avec un courant d'eau chaude pour les nettoyer et arrêter le sang, il convient de poser les sutures. Il va de soi que, si par malheur, une artère avait été ouverte, elle aurait été saisie avec une pince à forcipressure, puis liée ou tordue. Au moment de poser les sutures, nous croyons prudent de faire tenir un hystéromètre ou une sonde dans le canal cervical, afin d'en bien voir la direction, l'ampleur, et d'éviter d'en amener l'atrésie par un fil mal placé.

Emmet recommande de se servir d'aiguilles rondes, le fil obstruant plus complètement le trou percé par une aiguille ronde que celui résultant d'une aiguille tranchante. On éviterait ainsi les hémorrhagies pouvant être causées par les trous de suture. Cette raison doit avoir sa valeur, cependant nous nous sommes servi, plusieurs fois, d'aiguilles rondes, d'aiguilles aplaties, même de l'aiguille de Reverdin, sans avoir d'accident. Quand le col est très dur, avec des tissus épais, les aiguilles rondes ont quelque peine à le percer et on se trouve amené forcément a employer des aiguilles plus pénétrantes. Le Dr Américain Ely Van de Warker (1) a même inventé une aiguille assez compliquée, destinée à appliquer les sutures. Emmet dit s'en être servi une fois avec avantage, dans un cas difficile, mais ce sont là des

(1) VAN DE WARKER. *Analysis of thirty one operations for repair of lacerations of the cervix uteri.* Amer. Journ. of obstet., juillet 1883.

instruments d'exception dont on peut se passer ; des doigts habiles rendent plus de services que ces instruments compliqués, et toutes les trousses de gynécologistes contiennent ce qu'il faut sans qu'il soit besoin de ces machines souvent difficiles à manier.

On met un nombre indéterminé de sutures au fil d'argent, le plus souvent 4 à 5 suffisent pour affronter hermétiquement les plaies ; mais de toute façon, il faut commencer par placer le fil le plus profond, à l'angle de la déchirure. C'est le plus important et le plus difficile, les autres étant d'autant plus faciles qu'on approche davantage de l'extrémité libre du col. L'aiguille est enfoncée à un centim. en dehors de la plaie, parallèlement à elle dans toute l'épaisseur de la lèvre, pour sortir juste à la limite du canal cervical et suivre dans la lèvre opposée un chemin identique. Dès que toutes les sutures sont posées, on rapproche les surfaces cruentées et on procède à la torsion des fils qui ne doivent être que modérément serrés. Selon les opérateurs, ils sont coupés ras, ou laissés dans toute leur longueur et entourés de protective pour protéger le vagin contre leur contact. Cette dernière manière de faire a l'avantage, non à dédaigner, de faciliter singulièrement l'enlèvement des sutures qui, sans cette précaution, sont parfois assez difficiles à retrouver. Il peut arriver, si les lèvres sont volumineuses et l'ectropion très prononcé, qu'il soit laborieux de ramener les plaies en contact dans toute leur étendue, pour y arriver, quand même, on peut être amené à serrer les fils au point qu'ils coupent les tissus. Dans ces cas, il vaut mieux ne pas insister, la partie des plaies bordant le canal cervical sera toujours en contact, seules les lèvres de la plaie bâilleront au côté externe. Du moment qu'un nombre suffisant de sutures profondes assure contre le glissement des parties l'une sur l'autre, le plus important est fait; quelques sutures superficielles, plus puissantes comme effet, puisqu'elles agiront directement sur les lèvres à rapprocher, compléteront le résultat obtenu, effaceront toute encoche et assureront la réu-

nion. Il ne reste pour compléter le pansement, l'utérus étant remis en place, qu'à faire une injection antiseptique et à mettre dans le vagin de la poudre d'iodoforme, ou ce qui est mieux : des tampons de gaze iodoformée.

Certains auteurs veulent que l'opérée soit constipée avec de l'opium. Cette pratique est discutable et ne nous paraît pas donner grand profit. Emmet, dont l'expérience est si grande, laisse ses malades manger et aller à la garde-robe et cela sans inconvénient. L'essentiel est que l'opérée garde le repos horizontal, pendant dix à douze jours, jusqu'à ce que la cicatrice soit solide. A moins d'indications particulières, on enlève les sutures du sept au huitième jour ; dans un cas, nous les avons laissées douze jours en place sans qu'elles aient produit de désordres. Pour les enlever on suit le même ordre que pour les placer ; on commence par celle qui touche l'insertion vaginale, de façon à pouvoir en laisser une ou deux plus longtemps, à l'orifice du museau de tanche, si on doutait de la solidité de la cicatrice.

Dans les jours qui suivent, il convient de maintenir l'asepsie du vagin avec des tampons de gaze iodoformée, qui ont en plus l'avantage de soulever un peu l'utérus, et de le maintenir dans une bonne position. Toutefois, on peut en être empêché par l'apparition prématurée des règles. Ce fait est fréquent, Emmet le note, et dans les opérations que nous avons pratiquées, nous l'avons vu se produire sans qu'il en résultat rien de fâcheux.

*Soins consécutifs.* — L'opération a réussi, le col est restitué *ad integrum*, est-ce à dire que tout soit fini et que le chirurgien puisse abandonner sa malade ? Non, elle a encore besoin de ses soins pour compléter sa guérison. Dans les mois qui suivent, le col et l'utérus diminuent rapidement de volume, la leucorrhée et les symptômes réactionnels disparaissent, mais il reste parfois des douleurs névralgiques dans les annexes, douleurs qui ne cèdent que lentement et demandent des soins appropriés. Quand un organe s'est habitué à souffrir pendant de longues années, même en enlevant

la cause du mal il en reste encore quelque chose, on ne supprime pas du même coup toutes les douleurs, et ce n'est que petit à petit que tout rentre dans l'ordre. Nous n'avons pas l'intention de nous étendre sur ce sujet; chaque cas demandera un traitement spécial commandé par la diathèse dominant la santé de la malade, et nous renvoyons aux traités de gynécologie où les traitements sont exposés avec plus de détail que nous ne saurions le faire ici.

Tont cela peut paraître bien long à ceux qui ne sont pas familiers avec la chronicité désespérante de la plupart des affections utérines; mais quand on réfléchit que nous avons affaire à des affections datant de cinq, dix, quinze ans et plus, à des femmes dont l'existence est empoisonnée par mille maux, on trouve, en vérité, que ce n'est pas trop, que de demander deux ou trois mois, pour leur rendre la plénitude de la santé, au prix d'une opération qui, faite avec toutes les précautions voulues, ne présente pas de danger.

Si nous avions à résumer ce court travail, nous le ferions par les conclusions suivantes :

I. — La déchirure du col constitue une entité morbide cause, dans certains cas, de désordres locaux, de souffrances, avec retentissement sur toute la santé de la femme;

II. — De tous les traitements ou de toutes les opérations qui ont été tentés pour y remédier, l'opération la plus rationnelle et la plus efficace est l'opération d'Emmet ou trachélorraphie;

III. — Toutes les déchirures ne nécessitent pas l'opération d'Emmet;

IV. — Pour que l'opération soit nécessaire, il faut que la ou les lacérations du col soient assez profondes pour amener de l'ectropion des lèvres, des douleurs, et des troubles généraux. Les simples encoches doivent en général être négligées, ou soignées par des traitements que nous appellerons médicaux (cautérisations, Paquelin, etc.) par opposition aux traitements sanglants;

V. — S'il y a des signes de cellulite ou d'inflammation

aiguë ou subaiguë de l'utérus, on ne devra intervenir qu'après les avoir fait disparaître par un traitement approprié;

VI. — Dans ces conditions l'opération d'Emmet est sans danger, elle donne la guérison, et nous serions sans excuse de priver de son bénéfice les malheureuses rendues infirmes par une ou des déchirures profondes du col.

Dr G. Houzel.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 8 novembre.*

*Présentations :* Doléris. — a) **Fibro-myxome de l'ovaire**, ayant environ le volume d'une mandarine. Cette pièce pathologique a été enlevée à une personnne âgée de 18 ans, qui avait été menstruée à 12 ans. Depuis 2 ans, elle ressentait de vives douleurs abdominales et pelviennes, auxquelles s'étaient, depuis 1 an, surajoutées des métrorrhagies considérables. A l'examen, on constate que la tumeur est composée de deux portions, l'une périphérique, constituant une sorte de coque, très dure et correspondant au péritoine épaissi; l'autre, centrale, et présentant une texture alvéolaire. La transformation fibro-myxomateuse du tissu ovarique est complète; il n'existe plus de couche ovigène, de follicules, de stroma. *Guérison.*

b) Doléris donne quelques détails sur une observation relative à une femme âgée de 25 ans, chez laquelle il a enlevé des **tumeurs multiples du bassin** : 1) *Kyste parovarique suppuré* (ovaire gauche); 2) *Hydrosalpinx;* 3) *Kystes multiples de l'ovaire droit et du pavillon de la trompe. Guérison.*

Verrier. a) Au nom du Dr Carino un nouveau modèle de **forceps** à tractions suivant l'axe.

b) Un **écouvillon** destiné au traitement des endométrites légères. L'appareil présente une disposition analogue à celle de certains porte-caustiques; c'est-à-dire, que l'écouvillon, durant l'introduction, est caché dans une sorte de cathéter creux. Le cathéter ayant

dépassé l'orifice interne, on fait saillir l'écouvillon dans la cavité utérine.

Dans un mémoire, publié dans le bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique, M. Doléris avait très largement développé une réponse succincte qu'il fit lorsque le Prof. Pajot communiqua dans cette société son travail ayant pour titre : **De la cautérisation et du curage dans le traitement des endométrites** (1). L'absence de M. Doléris à la séance suivante, et l'interruption des travaux de la société pendant les mois d'août, septembre et octobre, obligèrent M. Pajot à ajourner une réponse au mémoire de son collègue, lequel constituait un plaidoyer vigoureux en faveur du curage et une vive attaque contre la pratique des cautérisations. De son côté, M. Pajot a, dans la séance actuelle, repris par le détail ce mémoire et opposé aux appréciations et aux opinions qu'il contient, ce que lui a appris sur l'efficacité et le peu de dangers des cautérisations, une expérience d'au moins 40 ans. Il nous est impossible, en raison de leur étendue, d'exposer ici les deux argumentations, qui figureront du reste *in extenso* au bulletin de la Société.

Loviot. — **Transformation manuelle d'une face en sommet.** Certes Mme Lachapelle a eu un grand mérite à montrer que, en général, le pronostic des présentations de la face n'est pas aussi désespéré qu'on le professait jusqu'alors. Toutefois, elle a eu quelque tort à juger des présentations de la face, pour ainsi dire, *en bloc*. Il y a en effet, utilité a établir des catégories ; présentations de la face simples, présentations de la face compliquées.

Et, en particulier, la présentation de la face, compliquée de rétrécissement du bassin, comporte un pronostic très grave, au moins par l'enfant, surtout quand on lui applique le traitement ordinaire. Il y a en effet, utilité à créer une catégorie pour ces cas spéciaux. On s'efforce d'intervenir de façon à diminuer le plus possible les dangers associés à ces conditions défavorables. Une femme IIpare, en travail, arrive à la clinique. On constate une présentation de la face MIDP et la conservation des membranes, en outre un rétrécissement du bassin. La femme, d'ailleurs a marché tard, et ses membres présentent des traces manifestes de rachitisme. Par des manœuvres internes et externes combinées, l'auteur essaie de transformer la présentation en som-

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obstétrique*, juin 1888, p. 401.

met, il échoue. Mais, la dilatation étant complète, il rupture les membranes, parvient à porter la main jusqu'à l'occiput qu'il abaisse, et de cette façon, réussit à opérer la réduction de la face en sommet. Il termine ensuite l'accouchement par une application de forceps, qui lui permet d'extraire un enfant bien vivant et pesant 3200 grammes.

*Discussion :* BAILLY, PAJOT, LOVIOT.

---

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance des 20 juin et 4 juillet.*

*Présentations :* TERRIER. **Tumeur fibreuse du ligament large pesant** 3 k. 590 gr. enlevée chez une femme de 47 ans.

TILLAUX fait un rapport sur une **observation d'inversion utérine irréductible. Amputation de l'utérus par la ligature à traction élastique, guérison** ; observation communiquée par le Dr Leprévost (Havre). Tillaux résume l'observation de la manière suivante « Femme âgée de 27 ans, accouchée pour la 3e fois le 27 septembre 1886. La délivrance tardant à se faire, la sage-femme exerça sur le cordon des tractions énergiques, qui furent suivies d'hémorrhagies, si abondantes que la malade resta plongée dans un état syncopal pendant plusieurs heures.

M. Leprévost vit la malade pour la première fois le 23 janvier 1887. Elle était pâle, amaigrie, pouvait à peine se tenir debout. Notre confrère reconnut l'existence d'une inversion utérine, et pratiqua l'amputation de l'utérus le 11 février (procédé indiqué par Périer). La tige à crémaillère tomba d'elle-même au 18e jour, entraînant dans l'anse du fil quelques débris sphacélés et informes. La malade sortait de l'hôpital le 23 mars complètement guérie. »

TILLAUX ne veut à l'occasion de ce fait, insister que sur une circonstance : *la constatation faite, et signalée dans sa communication, par le Dr Leprévost de l'insensibilité complète de la muqueuse de l'utérus inversé à la piqûre, au chaud et au froid.* Et cela, parce que comme plusieurs autres chirurgiens, il pensait, au contraire, que la conservation de la sensibilité de la muqueuse utérine. dans les cas d'inversion de l'utérus, permettait de ne pas confondre cet accident avec un polype utérin où cette sensibilité

est abolie. Cet état de la sensibilité n'aurait donc plus la même valeur diagnostique.

*Discussion* : BERGER, TERRIER, BOUILLY, QUENU, CHAMPIONNIÈRE, KIRMISSON et TILLAUX. Elle porte sur le point spécial relevé par Tillaux, et les avis exprimés sont fort divers. La surface interne de l'utérus, d'après des recherches faites dans un cas d'avortement provoqué, serait absolument insensible au contact, à la piqûre, au pincement, à condition toutefois que l'on n'exerce aucun tiraillement sur l'organe mettant en jeu ses moyens de fixité (Berger) ; l'utérus serait au contraire parfaitement sensible aux piqûres, aux cautérisations, au contact des sondes (Terrier) ; l'absence ou l'existence de la sensibilité de la muqueuse utérine serait liées à son état d'intégrité ou de maladie (Bouilly, Trélat) ; il faudrait aussi tenir compte des différences individuelles, constatées surtout par les accoucheurs (L. Championnière).

L. LEFORT. **Myome utérin pédiculé, ayant cheminé dans la cloison recto-vaginale et simulant une rectocèle.** A l'examen, on constatait au niveau de la vulve, une tumeur, du volume du poing, solide, et d'un tissu compact. Le col de l'utérus était à sa place. Cela donnait l'impression d'une rectocèle. Mais le toucher rectal montrait que la paroi rectale n'avait pas bougé. Dans la région inférieure et droite de la tumeur existait un orifice par lequel s'échappait du pus. Un stylet introduit par cet orifice, pénétrait jusqu'à environ 2 cent. et arrivait dans une cavité. Depuis un mois, la femme éprouvait des douleurs sourdes dans le bas-ventre, et du côté de l'anus. Une opération était indiquée. Le diagnostic malgré le siège quelque peu insolite, mais en raison de la consistance de la tumeur, fut *myome de l'utérus*. Il fut complètement confirmé au cours de l'opération et par l'examen histologique de la tumeur enlevée. Myome utérin, développé au niveau du col, probablement au point où s'insère la cloison vaginale, ayant ensuite, en se pédiculisant, cheminé dans la cloison recto-vaginale et finalement fait son apparition à la vulve. *Guérison.*

SCHWARTZ. — **Abcès rétro-utérin à la suite d'une pelvi-péritonite. — Ouverture par le rectum. — Développement de varices hémorrhoïdales autour de l'orifice de communication. — Hémorrhagies violentes. — Guérison par la cautérisation au thermo-cautère.** — L'observation est relative à une femme âgée de 57 ans. 9 années auparavant, elle avait eu une attaque de pelvi-péritonite, ayant

abouti à la formation d'un abcès pelvien, qui s'ouvrit dans le rectum. Depuis cette époque, et d'une façon intermitente, il s'écoula du pus par l'intestin ; mais, en même temps que du pus, il y avait issue d'une certaine quantité de sang. Ces pertes de sang devinrent, dès le moment où la ménopause fut installée, beaucoup plus considérables. Et, malgré l'amélioration relative produite par des injections sous-cutanées d'ergotine, une saison aux eaux de Néris... etc, elles compromirent tellement l'existence de la malade, qu'une intervention énergique devint nécessaire. Elle fut pratiquée le 14 janvier 1888. « La malade étant chloroformisée, dit l'auteur de la communication, j'examinai minutieusement et sans difficulté toute la paroi antérieure du rectum, et nous vîmes, à 4 ou 5 centim. de l'anus, encadrant en bas l'orifice par où se vidait l'abcès pelvien, *une grappe de veines dilatées, turgescentes, dont l'ensemble avait l'aspect de trois grains de raisin noir.* Il me fut facile, en protégeant les parties périphériques, de les toucher avec la pointe du thermo-cautère et de les détruire complètement. Après quoi, lavage boriqué du rectum et tampon de vaseline iodoformée ; constipation de quelques jours provoquée par des doses d'ext. thébaïque.

« Tout se passa sans incident ; il n'y eut aucun retentissement du côté du péritoine, et les hémorrhagies cessèrent et ne reparurent plus depuis. De temps en temps, la malade perd quel ques gouttes de sang qui proviennent des bourgeons charnus du trajet fistuleux.

« *L'opérée a repris des forces, un bon teint, etc.* »

Il semble, ajoute l'auteur, qu'il y ait eu un rôle direct dévolu aux modifications qui se sont faites au niveau de l'orifice fistuleux pour produire l'ectasie veineuse et les hémorrhagies considérables qui en sont résultées.

Trélat fait quelques remarques, en particulier, touchant l'importance qu'il y a à se servir du spéculum qu'il a imaginé pour faire une exploration complète du rectum. Dans un cas, où le diagnostic était fort indécis, il put, grâce à l'emploi de cet instrument, reconnaître un épithélioma au début, qui était situé à 8 ou 9 cent. de l'anus. Et cette constatation permit de faire une opération précoce et très satisfaisante. (*Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1888, nos 7 et 8.)

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALR DE LONDRES

*Séance du 3 octobre.*

*Présentations :* B. SUTTON. — **Kystes de l'ovaire pourvus d'une membrane muqueuse.**

J. PHILILPS. — **Coupes microscopiques d'un fibro-sarcome observé chez un nouveau-né.**

CHAMPNEYS. — **Une nouvelle méthode opératoire pour une fistule vésico-utérine.** L'auteur relate un cas dans lequel il appliqua la méthode en question. Le col étant abaissé, on disséqua la paroi vaginale antérieure jusqu'au delà des limites de la fistule. A la suite de cette opération, on se trouva en présence de deux pertes de substance, l'une du côté de la vessie, l'autre du côté du col de l'utérus. Ces deux solutions de continuité furent fermées et la paroi vaginale restaurée avec le plus grand succès. On employa des fils d'argent pour les sutures ; ceux fermant les orifices anormaux de la vessie et du col furent coupés courts ; ceux réunissant la paroi vaginale au col furent enlevés plus tard. Le Dr Champneys déclare avoir employé les fils d'argent, dans la crainte où il était de subir, dans ce procédé opératoire nouveau, un échec imputable aux sutures. Mais absolument convaincu aujourd'hui que l'oblitération des solutions de continuité est obtenue aisément, il se propose d'essayer la soie à l'avenir.

*Discussion :* BOULTON. — Il n'a observé qu'un nombre relativement faible de fistules vésico-utérines. Et, dans chacun de ces cas, la lèvre antérieure du col avait été déchirée jusqu'au niveau de la fistule. Dans sa manière d'opérer, il commence par dénuder soigneusement l'orifice utérin du trajet fistuleux, puis il l'oblitère au moyen d'une suture en forme de cordon de bourse. Ensuite, il répare la déchirure du col par l'opération ordinaire d'Emmet. Il fait au procédé décrit par Champneys les reproches suivants : 1) le tissu cellulaire pelvien est ouvert et en contact avec l'urine, toute la durée d'une intervention prolongée ; 2) la restauration nécessaire est plus que triplée, puisqu'il faut obturer trois orifices considérables. Champneys reconnaît qu'il a dû faire 15 sutures ; 3) toutes les sutures appliquées sur la vessie et sur l'utérus doivent être abandonnées en place. En conséquence, l'opérée n'est pas à l'abri de toute complication ; ainsi, un fil de suture peut tomber

dans la vessie et devenir le point de départ de la formation d'un calcul. HERMAN fait remarquer qu'on peut parer à l'objection faite par Boulton, au sujet des dangers de l'abandon *in situ* des fils d'argent, par la substitution du catgut au fil métallique. A. DORAN rappelle les deux modifications récentes apportées par Bozeman dans le traitement des fistules. Selon ce dernier auteur, deux obstacles s'opposeraient à la guérison des fistules. Les tissus, vaginal et utérin, sont, par suite de leur contact constant avec l'urine, dans des conditions défectueuses. D'autre part, l'urine elle-même acquiert des propriétés évidentes, en conséquence de la pyélite qui complique, presque toujours, selon Bozeman les fistules anciennes. Pour ces raisons, Bozeman applique d'abord sur la fistule un appareil de drainage dans le but de protéger le tissu utéro-vaginal contre l'urine, puis il fait le cathétérisme de l'uretère correspondant et lave chaque jour avec une solution de sublimé jusqu'à ce que l'urine soit redevenue normale. A ce moment, il répare la fistule.

J. PHILLIPS. — **De la valeur de la pilocarpine dans la grossesse, le travail, et les suites de couches.** L'auteur a envisagé la question sous les cinq point de vue que voici : a) de l'emploi de la pilocarpine en temps qu'agent abortif ; b) pour la provocation de l'accouchement prématuré ; c) de son emploi pendant l'accouchement ; d) après l'accouchement et pendant les suites de couches ; e) dans l'albuminurie compliquée ou non d'éclampsie. L'auteur pense que la pilocarpine peut, dans un certain nombre de cas, provoquer l'accouchement, bien qu'il ne la tienne pas pour un véritable ecbolique ; elle agit surtout quand il existe déjà une disposition naturelle à l'accouchement prématuré.

Touchant la pilocarpine employée pendant le travail, il y a lieu d'établir les distinctions suivantes : a) pendant la période latente ; b) la période de dilatation ; c) la période d'expulsion. L'auteur conclut que, durant les périodes de dilatation et d'expulsion, la pilocarpine a, sur le degré et l'intensité des contractions utérines, la même action que l'ergot, sans posséder les inconvénients de cette dernière substance, que son indication principale est l'inertie utérine simple. Mais elle est absolument impuissante contre l'hémorrhagie *post partum*. Dans 39 cas d'éclampsie puerpérale, où la pilocarpine fut administrée, il y eut 31 guérisons et 8 décès pour les mères, soit comme chiffre de mortalité 20 0/0. Malgré les

bons effets obtenus dans un grand nombre de cas de l'usage de la pilocarpine, l'auteur conseille de n'y point recourir, surtout quand il existe un état comateux. Il a également étudié la cause de l'action de la pilocarpine. Sur la contraction utérine, l'action qu'elle exerce sur le fœtus, les complications qui se rattachent à son emploi, les précautions dont celui-ci doit être entouré, le mode d'administration..., etc.

*Discussion :* CHAMPNEYS, HERMAN, D. BROWN.

(*British med. Journ.* Octobre 1888.)

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

*Séance du 2 juin.*

*Présentations :* E. COHN. — **Myome sous-muqueux du poids de 12 livres.** Tumeur enlevée chez une femme âgée de 59 ans, qui ne s'aperçut de son existence qu'après la ménopause. Évolution lente, mais qui depuis plusieurs mois s'accompagnait de pertes de sang continuelles. On eut recours au grattage, qui parut irréalisable en raison des dimensions considérables de la cavité utérine. Au cours de cette tentative, on enleva un polype muqueux qui avait la grosseur d'une cerise. A la suite de cette opération, la femme se sentit fort bien et ne perdit plus de sang. Malheureusement, 5 semaines après, consécutivement à une chute sur le siège, la fièvre se déclara (frissons, température s'élevant jusqu'à 41°, sensibilité extrême de la tumeur). Cette première crise fut suivie de deux autres, qui se compliquèrent également de frissons, d'hémorrhagie, de prostration. *Laparotomie* et myomotomie suivant la technique ordinaire. Le moignon fut suturé au moyen de fils de catgut en surjet et de trois fils de soie qui ne furent noués qu'après occlusion de la plaie ; abandon du pédicule dans la cavité abdominale. *Suites opératoires absolument régulières.*

RUGE. — **Fibrome du volume d'une tête d'enfant.** La tumeur qui a été enlevée par morceaux, provient d'une femme vierge, âgée de 34 ans. Hymen intact. L'opération a été très laborieuse, et la laparotomie eût été sans doute préférable, si la femme n'avait pas été rendue à peu près exsangue par des pertes de sang considérables qu'elle avait faites. *Mort par épuisement* le 10e jour.

ORTHMANN. — **Utérus septus atteint de cancer de la portion du col et du corps.** La pièce provient d'une femme âgée de 60 ans, qui depuis 4 ans se plaignait d'écoulements; pas d'hémorrhagies, pas de douleurs. Elle a accouché 4 fois et les dernières règles datent de 15 années auparavant. *Examen.* Les parois vaginales antérieure et postérieure sont dans un état de prolapsus assez accusé; au niveau de la portion vaginale, on tombe dans un espace cratériforme, perméable à deux doigts. Sa surface interne est molle, inégale et saigne au moindre contact. On constate, en outre, que l'utérus est suffisamment gros, en rétroflexion, mais parfaitement mobile. Annexes normales.

*Diagnostic :* Carcinome du corps et du col. Le 26 mai *hystérectomie vaginale complète*, par A. Martin. Opération laborieuse par la raison que le carcinome avait déjà envahi la portion vaginale et que le tissu utérin était extrêmement friable. Durée 65 minutes. *Convalescence parfaite.* Sortie de la malade le 18 juin.

*Examen de la pièce :* La portion vaginale a subi, en grande partie, la dégénérescence cancéreuse. L'altération réapparaît déjà sur la paroi vaginale, et particulièrement sur la paroi postérieure. La muqueuse cervicale est également superficiellement ulcérée. De la paroi postérieure du col, à peu près au niveau de la région moyenne de sa cavité, se détache une crête longitudinale, qui peu à peu gagne en hauteur, et, au niveau de l'orifice interne, atteint la paroi antérieure et, de ce point, se prolonge, sous forme d'un septum épais, jusqu'au fond de l'utérus, qu'elle divise complètement en deux cavités. Les deux portions de l'utérus sont également envahies par le processus cancéreux. Toute la surface interne est recouverte de masses molles, friables, décomposées. Une coupe transversale permet en outre de constater que le processus s'est étendu à la musculeuse.

BROSIN. — **Un enfant nouveau-né, après terme** (*Ueberreife*). — Voici quelques-unes des dimensions de cet enfant. Longueur 60 centim.; largeur au niveau des épaules, 17 centim.; des hanches, 13 centim. Circonférence maximum de la tête, 41 centim. Poids, 5770 grammes.

La mère de cet enfant extrêmement volumineux est à peine de taille moyenne, mais vigoureusement bâtie et d'un embonpoint peu ordinaire. Elle est IVpare. Avortement en janvier 1881 (rétroflexion de l'utérus). Accouchements normaux en 1882, 1884,

et 1885. Le 19 mai 1887 accouchement laborieux, et mise au monde d'un enfant profondément asphyxié (le cordon qui mesurait 113 centim. était enroulé 2 fois autour du cou). Les dimensions consignées dans le bulletin, longueur, 53 centim., circonférence maximum de la tête, 33 centim. permettent de conclure qu'il s'agit d'un enfant ayant aussi un développement remarquable. Or les dernières règles se seraient montrées vers le milieu du mois de juin 1886 ; donnée qui militerait en faveur d'un accouchement retardé (*partus serotinus*).

*Dernière grossesse.* — Les dernières règles ont duré du dimanche, 17 juillet 1887 jusqu'au 20 juillet. Le 6 ou le 7 janvier 1888 perception pour la première fois des mouvements fœtaux. Depuis le milieu de mai, la femme ressent des douleurs, qui se manifestent sous forme de tiraillements, de compressions dans la région sacrée, « *à peu près comme si les douleurs voulaient venir* ». Mais ce n'est que le 4 juin, et dans les premières heures de la nuit, que le travail s'établit nettement. A 6 heures, dilatation à peu près complète, mais la tête, encore mobile, est au niveau du détroit supérieur ; quelques douleurs plus violentes la font pénétrer dans le bassin. Elle se dégage ensuite, mais à ce moment le travail s'arrête. L'enfant fait quelques mouvements inspiratoires et succombe au cours des manœuvres nécessitées par l'extraction, manœuvres qui ne durèrent pas moins d'une demi-heure. Délivrance spontanée. Poids du placenta 970 grammes. Longueur du cordon, 99 centim.

Si l'on évalue la grossesse, en comptant du 17 juillet 1er jour des dernières règles jusqu'au 4 juin, jour de l'accouchement, on obtient comme durée 324 jours (!).

**De la laparotomie pratiquée plusieurs fois sur la même personne** (1). MARTIN. — *Discussion :* OLSHAUSEN, JACQUET, VEIT, GUSSERGW.

BROSE. — **De la cautérisation intra-utérine avec le chlorure de zinc.**

L'auteur emploie une solution de chlorure de zinc, à 50 0/0. Il se sert pour son application, d'un spéculum cylindrique et d'une sonde de Playfair, munie à son extrémité d'ouate. La portion vaginale étant placée dans le spéculum, et, après s'être exactement rendu compte de la direction et de la dimension du canal cervical, il porte la sonde imbibée de la solution caustique dans la cavité

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obst.*, octobre, 1888, p. 302.

utérine, la presse doucement contre la paroi de l'organe et la ramène au bout d'une minute. Il faut exécuter le transport de la sonde dans la matrice avec célérité parce que, sous l'influence de l'excitation produite par le contact du caustique, l'organe se contracte. Or, lorsque la contraction se fait avant que l'orifice ait été franchi, il faut dans la plupart des cas remettre l'opération à une nouvelle séance, il faut également toucher les ulcérations avec le chlorure de zinc.

Ces cautérisations doivent être pratiquées tous les huit jours ; au plus, deux fois par semaine. Beaucoup de femmes ne ressentent aucune douleur à la suite de l'opération, beaucoup aussi éprouvent des coliques utérines plus ou moins fortes. L'auteur n'a jamais vu de conséquences fâcheuses attribuables à cette cautérisation toutes les fois que les femmes n'ont pas commis d'imprudences ; il n'a jamais observé de sténoses cicatricielles.

Lorsqu'il existe des processus inflammatoires aigus des tissus fibro-utérins, il faut absolument proscrire les cautérisations, et, quand il s'agit de processus anciens, il n'y faut recourir qu'avec beaucoup de circonspection. Habituellement, la menstruation devient, au cours du traitement, plus abondante.

Le fait que la muqueuse utérine ne s'atrophie pas, mais qu'elle retourne à son état normal, tire sa démonstration des cas multiples dans lesquels la conception a eu lieu immédiatement après le traitement.

Le traitement par les cautérisations au chlorure de zinc a été appliqué à l'endométrite chronique catarrhale, et aux lésions de la portion vaginale qu'elle entraîne, aux différentes variétés d'érosions, aux gonorrhées utérines aiguës et chroniques, et à la subinvolution. (*Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 28.)

---

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LEIPZIG

FURST. — **Un enfant atteint de défaut complet du conduit auditif externe et de développement imparfait de l'oreille externe.** — L'auteur indique la possibilité d'une tentative de restauration de l'oreille externe, sans toutefois compter sur un résultat heureux. ZWEIFEL déconseille de tenter cette restauration, pour la raison que dans un cas antérieur, l'anomalie précédente coexistait avec un développement incomplet de l'oreille interne.

ZWEIFEL. — a) **Deux utérus carcinomateux,** enlevés la semaine précédente par l'hystérectomie vaginale. Immédiatement après l'opération, on sectionna les organes de façon à y recueillir les produits de sécrétion, pour rechercher s'ils ne renfermaient pas de micro-organismes. Résultat négatif.

b) **Kyste dermoïde rétro-péritonéal,** libre de toute connexion avec les organes génitaux. Le diagnostic exact n'avait pas été fait avant l'opération, chose d'ailleurs impossible. Les principales constatations faites à l'examen étaient : tumeur abdominale, descendant du diaphragme jusque dans le bassin, où elle repoussait fortement en bas le cul-de-sac de Douglas ; à ce niveau, le doigt explorateur reconnaissait une tumeur sphérique, demi-fluctuante : l'utérus était repoussé à droite et en avant, *mais non remonté*. Les ovaires étaient libres, la tumeur n'offrait pas de connexions avec l'utérus, et, malgré son engagement profond dans le bassin, n'était pas intra-ligamenteuse ; en raison de ces signes, on fit le diagnostic probable de *kyste hydatique*. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde. *Guérison*. La température ne dépassa jamais 37°,7.

c) **Hémato-hydronéphrose dans un cas de rein mobile.** — Le diagnostic avait été formellement posé avant l'opération, et l'on avait eu recours pour l'établir à la cathétérisation de l'uretère ; celle-ci avait été pratiquée, après chloroformisation de la malade et dilatation de l'urèthre. Il s'agissait d'une hémato-hydronéphrose du bassinet du rein droit, consécutive à un déplacement tel de ce dernier organe que son pôle supérieur était dirigé en avant et à gauche. Ce déplacement considérable avait produit une inflexion anormale et un amoindrissement de la lumière des vaisseaux qui avaient entraîné comme conséquence une infiltration hémorrhagique de tout le tissu rénal. Une mince zone de la substance corticale et quelques pyramides seulement avaient conservé leur état normal. La tumeur dont l'extraction fut, grâce à l'emploi de la ligature continue, facile, et presque non sanglante, avait le volume d'une tête d'enfant. L'analyse chimique du liquide confirma complètement le diagnostic. *Suites opératoires absolument apyrétiques.*

SAENGER. **De l'importance clinique des déchirures du col.** — Le travail de Sänger est une réponse à une communication faite, à un précédent congrès tenu à Wiesbaden, par Noggerath touchant

le même sujet. Nous avions à cette époque résumé les communications de ce dernier de la manière suivante : « L'auteur a rangé en deux groupes (50 dans chaque groupe), un certain nombre de femmes : a) *femmes atteintes de déchirures du col;* b) *femmes non atteintes de déchirures du col.* Et il a déterminé suivant quelle fréquence relative se rencontrent, dans ces deux catégories de sujets, les maladies de l'utérus : modifications pathologiques des tissus, métrite, endométrite fongueuse, stérilité, etc. Or, il a constaté que d'une manière générale, ces affections sont moins communes chez les femmes dont le col est déchiré. D'où la conclusion que cette lésion est très loin de posséder l'importance pathogénique que plusieurs gynécologistes lui accordent et que par suite, la trachélorraphie est pratiquée d'une manière excessive ».

Par contre, le travail de Sänger représente un vigoureux plaidoyer en faveur de l'opération d'Emmet. Après une longue et minutieuse critique du mémoire de Noggerath, il conclut ainsi : « Mais si les prémisses, desquelles Noggerath dégage la conclusion : qu'il faut, désormais, bannir complètement la déchirure du col du domaine des affections chroniques de l'utérus, sont fausses, il en advient de même de ses déductions thérapeutiques. Déductions qui n'ont pas d'autre conséquence que de substituer à l'opération d'Emmet, opération précise, déterminée, qui le plus souvent permet de guérir, d'un coup, la maladie fondamentale, un traitement long, indéterminé, et en beaucoup de cas inefficace, des complications.

« Les chiffres démontrent, dit Noggerath » ; pas toujours, et pas ici. L'expérience clinique possède une force démonstrative plus grande que Noggerath ne peut invoquer, car nous ignorons s'il a seulement, une seule fois, lui-même, pratiqué l'opération de son confrère d'Amérique. (*Cent. f. Gynäk*, 1888, n° 27.)

Dr R. Labusquière.

---

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du 20 avril 1888.*

PRÉSIDENCE DE H. T. BYFORD

H. T. Byford. — **Fibromes, hystérectomie vaginale.** Succès, Byford n'a pas enlevé les annexes.

J. H. ETHERIDGE. — **Opération césarienne.** La malade avait eu 3 enfants. Ses accouchements avaient été de plus en plus difficiles, lorsque Etheridge fut appelé et sentit une tumeur fluctuante dans le vagin.

*Opération.* — Utérus très mince, liquide amniotique fort abondant. Le fœtus sortit par le siège. Hémorrhagie abondante causée par l'inertie de l'utérus; il fallut saisir quelques vaisseaux avec des pinces. La suture utérine fut faite à 3 étages. La plaie abdominale fut réunie par des sutures entrecoupées.

Quelques heures plus tard Etheridge se décida à ouvrir la tumeur fluctuante; c'était un kyste dermoïde, l'opérée mourut au bout de 12 heures. Quoique l'observation ne soit pas précise à cet égard, il semble que l'enfant a vécu.

W. W. JAGGARD. **Opération césarienne, succès.**

Premier accouchement le 13 mai 1882. Présentation de l'épaule, version, décapitation.

Second accouchement le 20 juin 1883. Présentation de l'épaule, version, forceps sur la tête dernière. Septicémie.

Troisième accouchement. Accouchement prématuré artificiel, à la fin du 7e mois, même présentation que dans les autres accouchements. Version. L'enfant vécut quelques heures.

Mme E..., allemande, âgée de 36 ans, était enceinte pour la 5e fois, elle a eu ses règles le 1er juin 1887; elle était près de son terme.

Le ventre mesure de l'appendice xiphoïde au pubis, 45 centim., de ce même appendice à l'ombilic, 22 centim. La taille au niveau de l'ombilic, mesure 87 centim.

| | |
|---|---|
| Distance entre les épines iliaques antér. et supér..... | 27c |
| Entre les crêtes iliaques..... | 27c |
| Diamètre conjugué externe..... | 14c |
| Distance de l'articulation sacro-coccygienne au ligament sous pubien..... | 9c |
| Diamètre bitroch. antérieur..... | 30c |
| Circonférence pelvienne..... | 85c |
| Diamètre conjugué diagonal..... | 7c,5 |
| — — vrai (par estimation)..... | 5c,5 |

Mme E... instruite du danger que lui ferait courir l'opération césarienne, la préféra à la craniotomie.

Jaggard la prépara par des soins de propreté, et choisit pour

l'opération le moment le plus rapproché du terme normal, alors qu'elle ressentait déjà des douleurs sourdes dans les lombes.

Détachement facile du placenta; peu d'hémorrhagie ; 21 sutures utérines profondes avec des fils de soie. Jaggard lava l'utérus avec une solution phéniquée à 5/100 et y plaça un crayon contenant 5 gr. d'iodoforme.

Peu de lochies, pas de tympanisme, selle amenée le 5e jour par du citrate de magnésie.

Pas de sécrétion lactée, au contraire de ce qui s'était passé après les autres accouchements.

L'enfant, *petit*, dit l'auteur, pesait 3 kilogr. Il succombe le 16e jour à une congestion pulmonaire.

*Indication de l'opération.* — La craniotomie devrait sauver toutes les mères : elle exige un diamètre conjugué vrai de 6 centim. au moins.

L'opération césarienne, perfectionnée par Léopold, donne une mortalité maternelle, de 8,4 0/0.

Sans doute, la vie de la femme est beaucoup plus précieuse que celle du fœtus, mais l'enfant venu au monde par l'opération césarienne a moins de chance de vie que celui qui naît dans les conditions normales; la ligature nécessairement hâtive du cordon le prive de 92 gr. de sang (Budin, Ribemont) ; la mère peut rarement l'allaiter ; il est, du reste, souvent faible, étant né d'une mère rachitique.

Caseaux a dit que la moitié à peine des enfants atteindra l'âge auquel leurs mères sont mortes.

Le travail de Jaggard est plein de remarques originales ou de citations, et mérite mieux qu'un court résumé.

C. F. Parkes qui a assisté Etheridge, a été surpris de la facilité de l'opération.

Hoag a entendu à Londres, une discussion sur les mérites comparatifs de la craniotomie et de la césarienne ; l'opinion de la plupart des accoucheurs était que la craniotomie doit être abandonnée.

Schaeffer, Ch. W. Earle et Etheridge ajoutent quelques mots.

Ch. T. Parkes. — **50 opérations pour des tumeurs ovariques.**

Sa 26e opération a été faite sur une enfant de 7 ans. Elle succomba plus tard à une opération faite pour un sarcome.

La mortalité n'a été que de 2/50.

Parkes ne se sert jamais deux fois des mêmes éponges, et prend

un soin méticuleux de tous les détails ; il fait minutieusement la toilette du péritoine. Il emploie le plus souvent des drains ; et suture le péritoine avec la paroi abdominale. Depuis quelque temps il laisse les opérées uriner sans les sonder ; le cathétérisme lui paraît avoir causé de la cystite.

Il fait prendre à ses opérées 30 centig. de calomel vers le 4e jour si la température monte à 38°,33, et elle descend bientôt.

Cinq de ces opérées ont eu des abcès pelviens ; elles ont guéri.

Il se loue de la térébenthine dans les cas de tympanisme et donne volontiers la noix vomique comme stimulant intestinal.

(Résumé d'après l'*Am. J. of Obst.*, 1880, p. 743 à 770 par A. Cordes.)

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

*Séance du* 3 *mai* 1888.

PRÉSIDENCE DE T. M. DRYSDALE

Joseph Price. — **Fièvre typhoïde venue à la suite d'une ovariotomie.** La malade subit l'enlèvement de l'ovaire et des annexes du côté droit, le 11 février 1888. Deux ans auparavant on lui avait enlevé les annexes gauches. Jusqu'au neuvième jour, tout alla passablement, la température ne dépassa pas 38°. L'opérée avait néanmoins de la céphalalgie, de la faiblesse et du découragement. Le soir du neuvième jour, la température atteignit 38°,9, et elle eut un frisson. Dès lors, elle présenta tous les symptômes de la fièvre typhoïde ; la température oscilla entre 37°,4 et 40°,2. Elle est maintenant mieux qu'avant l'opération.

L'intérêt de cette observation se trouve dans le fait que la malade était probablement sous l'influence de la dothiénentérie, lorsqu'elle fut opérée, car il n'y avait aucun cas de cette maladie dans l'hôpital à ce moment, et que l'opération ne semble point avoir troublé la marche de l'affection.

W. Goodell présente les pièces d'un **hémato-salpynx** et une **tumeur fibro-cystique de l'utérus.**

H. A. Kelly présente un ténaculum **tranchant** dont il se sert pour faire des scarifications sur le col ; elles sont fort utiles dans les congestions pelviennes chroniques ou à répétition, dans les déchirures du col, accompagnées de renversement des lèvres. Il tire ainsi

de 4 à 30 ou même 45 gr. de sang, tous les 5 jours, et place sur le col un tampon glycériné ou boriqué, qu'il laisse parfois jusqu'à la prochaine émission sanguine. La lame tranchante de ce ténaculum, qui fait un angle légèrement obtus avec le manche, a 6 millim. de longueur.

Da Costa approuve le traitement.

Goodell n'a plus la même confiance qu'autrefois dans les émissions sanguines locales; on a, selon lui, exagéré l'importance de la congestion utérine.

Parish a une grande confiance dans la déplétion locale.

Kelly présente un **spéculum** dont l'emploi n'exige pas d'aide puisqu'il reste en place.

J. M. Baldy. — **Hystérectomie, ovariotomie, section abdominale sur la même malade.** Mme P. négresse de 43 ans, avait un fibrome utérin dont elle souffrait depuis longtemps. Un jour pendant qu'elle faisait un effort, elle sentit un brusque mouvement dans son ventre; dès lors, elle eut un prolapsus vésical et rectal, avec ses conséquences habituelles. Baldy fit la gastrotomie et enleva l'utérus et les annexes, avec un fibrome qui pesait 6 livres; l'abdomem renfermait 13 litres et demi de liquide. Le péritoine avait l'épaisseur d'un doigt.

Au bout de quelques semaines, Mme P. présenta une hernie abdominale. Baldy ouvrit de nouveau le péritoine et trouva un kyste multiloculaire fixé sur le pédicule utérin; il l'enleva.

La température ne dépassa pas 39°. Néanmoins la malade perdait de temps en temps du pus, et, le 18 avril, un mois après l'opération, Baldy se décida à faire de nouveau la gastrotomie dans la cicatrice. Le péritoine renfermait plus d'un litre de pus fétide. Baldy plaça 4 drains en caoutchouc. L'opérée eut 39°,44 et succomba le 24. Baldy ne put faire l'autopsie.

H. A. Kelly ne craint pas de rouvrir le péritoine, lorsque cela lui paraît indiqué.

Goodell le fait aussi, quand il y est contraint.

J. B. Deaver. — **Grossesse extra-utérine.** Assisté par J. Price, l'auteur fit la gastrotomie. Il trouva, au point d'union de la trompe gauche avec l'utérus, un kyste extra-utérin et un placenta. Hémorrhagie abondante, causée par le détachement accidentel du placenta. L'S iliaque renfermait une canule à lavement, introduite par le mari deux ou trois jours auparavant. Deaver la fit sortir par l'anus.

Irrigation de l'abdomen avec de l'eau distillée chaude; introduction d'un drain en verre.

L'opérée mourut au bout de trois jours. Deaver, qui ne put pas faire l'autopsie, attribue le résultat fatal à une obstruction intestinale.

Pour BALDY, le diagnostic de la grossesse rétro-utérine est le plus souvent impossible.

Si l'on peut le faire, malgré les avantages que donne l'électricité Baldy est « partisan de l'ablation de toute tumeur, quelle que soit « sa situation, si elle peut être enlevée sans danger pour la vie de « la malade ».

KELLY cite des cas où l'électrisation n'a pas donné de bons résultats définitifs.

---

# BIBLIOGRAPHIE

## STUDIO TEORICO-PRATICO ED OSSERVAZIONI CLINICHE SULLA ROTTURA PRECOCE SPONTANEA DEGLI INVILUPPI FETALI.

Par le Dr **Marta** (de Venise).

Le Dr Marta a pris pour base de son travail les idées que notre maître Pinard a le premier exposées dans les Annales de gynécologie, sur la rupture prématurée dite spontanée de l'œuf humain (1) ; on sait en effet que le Dr Pinard à la suite de ses recherches et de ses observations cliniques, est arrivé à pouvoir conclure que la rupture prématurée et spontanée des membranes se produit surtout quand le placenta est inséré sur le segment inférieur ; on connaît également les déductions pratiques que le Dr Pinard a tirées de la connaissance de ce fait pour combattre les hémorrhagies causées par l'insertion vicieuse du placenta, que ces hémorrhagies surviennent pendant la grossesse ou pendant le travail.

Nous aurons, du reste, à revenir sur ce point quand nous analyserons plus loin les idées particulières qu'expose M.

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1886.

sujet le Dr Marta dans sa monographie ; disons de suite qu'après avoir cité le travail du Dr Azais (1), les recherches de Garipuy, de Dumas, de Byford, un mémoire du Dr G. Piccinini, publié par la Gazette médicale de Rome (2), l'auteur, qui a voulu présenter une étude aussi complète que possible du sujet qu'il aborde, divise son travail en quatre parties.

Dans la première, après avoir défini ce qu'on doit entendre par écoulement prématuré spontané des eaux, il expose la structure, le rôle, les rapports des enveloppes fœtales.

Dans la seconde, sur laquelle nous nous proposons surtout d'insister, sont exposées les causes qui peuvent amener la rupture prématurée spontanée des membranes, et les effets immédiats qui peuvent résulter d'une pareille complication.

Dans la troisième partie, l'auteur met en évidence l'importance de la rupture prématurée des membranes sur la marche de l'avortement, de l'accouchement prématuré ou à terme, et son influence sur les différentes présentations et positions.

Enfin dans la quatrième partie, le Dr Marta expose l'action, les effets de l'écoulement prématuré des eaux sur la marche du travail.

Pour le Dr Marta, on doit entendre par écoulement prématuré des eaux la rupture des enveloppes de l'œuf à une époque quelconque de la grossesse, que le travail soit commencé ou non, à la condition que cette rupture qui amène l'écoulement du liquide ait lieu avant que l'orifice du col utérin ait atteint une dilatation convenable ? nous aurions préféré voir l'auteur diviser la rupture prématurée et spontanée des membranes en rupture produite pendant la grossesse, et rupture produite pendant le travail, avant la dilatation complète de l'orifice du col utérin ; cette division adoptée en

(1) De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf. Montpellier, 1882.

(2) Della rottura precoce delle membrane nel sopraparto. *Gazetta medica di Roma*, 1883.

France est beaucoup plus nette, beaucoup plus claire, et tout à fait conforme aux enseignements cliniques ; de cette façon l'auteur n'aurait pas cherché à déterminer le degré d'ouverture que doit avoir l'orifice de l'utérus pour rendre inutile pour la suite du travail l'action dilatatrice des membranes, et il n'aurait pas dit qu'il n'y a rupture prématurée de la poche des eaux que si la dilatation n'est pas arrivée à un diam. de 2 cent. où un peu plus ; en France, tant que la dilatation n'est pas complète, si la poche se rompt, on dit que cette rupture est prématurée.

Quant à l'intervalle de temps qui s'écoule entre le moment où se fait cette rupture prématurée et l'accouchement, il est très variable, depuis 1 jour jusqu'à 68 jours, si on s'en rapporte à deux observations du Dr Poullet, mais il est probable que dans ces derniers cas on avait affaire à de l'hydrorrhée.

Enfin après avoir montré la structure des membranes de l'œuf, la formation de la poche des eaux, son rôle, son mode de rupture, le Dr Marta entrant plus avant dans son sujet discute les causes qui peuvent déterminer la rupture précoce des membranes.

Il divise ces causes en intrinsèques et extrinsèques ; parmi les premières il faut ranger la finesse, la fragilité, le peu d'élasticité des membranes; malheureusement rien ne vient nous renseigner sur le degré plus ou moins considérable de l'élasticité des membranes, qui souvent se rompront d'autant plus facilement qu'elles seront plus épaisses, et qu'elles paraîtront plus résistantes, car cet épaississement est déterminé par le chorion, qui est moins élastique, moins souple que l'amnios.

Parmi les causes extrinsèques, l'auteur range toutes les conditions spéciales relatives à la mère, au fœtus et aux circonstances diverses qui, en dehors des enveloppes de l'œuf, peuvent déterminer l'écoulement prématuré des eaux ; ces causes sont les rétrécissements du bassin, les contractions irrégulières de l'utérus, les présentations vicieuses (fa-

siège, plan latéral ; l'action de l'hydropisie de l'amnios, de l'insertion vélamenteuse sur la rupture prématurée des membranes serait plus contestable ; enfin revenant sur l'influence des contractions irrégulières de l'utérus comme cause de rupture prématurée des membranes, le Dr Marta pense que ces contractions irrégulières, c'est-à-dire énergiques, excessives, violentes, sont plutôt l'effet de la rupture prématurée qu'elles n'en sont la cause, pourtant dans quelques cas, surtout chez les primipares très nerveuses cette sorte de tétanisation du globe utérin, de spasme du col peut déterminer la rupture prématurée des membranes.

Abordant enfin dans un dernier chapitre l'étude de l'insertion vicieuse du placenta comme cause de rupture prématurée et spontanée, l'auteur, après s'être appuyé sur les recherches du Dr Pinard, avoir rappelé cinq observations publiées par le Dr Piccinini, confirme par ses observations personnelles les faits annoncés et publiés par notre maître ; l'insertion marginale du placenta, dit-il, est une cause fréquente de rupture précoce des membranes, et si, en pareil cas, les membranes ne se rompent pas, il se produit une hémorrhagie par décollement du placenta ; du reste, le Dr Marta rapporte entièrement les conclusions que le Dr Pinard a formulées dans son travail, et expose le mécanisme suivant lequel se produit la rupture prématurée ou l'hémorrhagie ; pourtant le Dr Marta paraît admettre les idées du Dr Piccinini qui sont, dit-il, plus simples, mais qui nous paraissent quelque peu obscures ; nous croyons devoir les rapporter intégralement : Si le placenta est inséré « en bas autour du « col, les contractions feront détacher les membranes, dans « la partie où le placenta n'est pas inséré, et les membranes, « trouvant pour la formation de la poche des eaux une résis- « tance dans le placenta lui-même qui adhère sur une partie du « col, se rompront prestement, à moins que la force des con- « tractions ne suffise à détacher les insertions du placenta, « auquel cas, les membranes resteront intactes, mais il y « aura hémorrhagie ».

Quelle que soit du reste l'interprétation du mécanisme suivant lequel se produit cette rupture prématurée ou l'hémorrhagie, le fait n'en existe pas moins, et est indéniable ; mais pourquoi alors, se demande le Dr Marta, n'y a-t-il pas toujours rupture précoce des membranes lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur ; le Dr Pinard a répondu à la question en faisant voir que dans ces cas, ou la pression exercée par le chorion est insuffisante, ou le placenta se détache ; il en résulte que l'hémorrhagie ne se produira jamais si les membranes ont été rompues ou largement déchirées, ou que l'hémorrhagie s'étant manifestée tout d'abord ce sera après cette rupture ; il faut excepter quelques cas ou le fœtus se présente transversalement, c'est pourquoi il faut préalablement transformer les présentations transversales en présentation longitudinales.

Sans vouloir en rien infirmer les idées et les conclusions du Dr Pinard, l'auteur rapporte trois cas, trois observations dans lesquelles il y eut pendant la grossesse en dehors de tout début de travail des hémorrhagies qui, par leurs caractères, leurs répétitions devaient faire penser à une insertion vicieuse du placenta ; pourtant, dit le Dr Marta, après avoir pensé à une insertion marginale du placenta, je reconnus en examinant l'œuf après la délivrance, que cela n'était point ; en effet, dans ces trois cas, comme l'indiquait le siège où s'était produite la déchirure des membranes, le placenta s'insérait au fond de l'utérus.

Les faits très intéressants et très instructifs rapportés par le Dr Marta sont absolument exacts et s'observent de temps en temps, mais le Dr Pinard n'a jamais pensé que toutes les hémorrhagies observées pendant le cours de la grossesse ou du travail doivent être rapportées à l'insertion vicieuse du placenta, alors qu'il y avait rupture prématurée des membranes ; il y a, tout le monde le sait, une foule d'autres causes inutiles à rappeler ici ; ces hémorrhagies peuvent s'observer alors que le placenta s'insère au fond de l'utérus, puisqu'elles sont sous une autre dépendance, elles peu-

vent coïncider ou non avec une rupture prématurée des membranes ; nous aurions su gré au Dr Marta de nous dire si ces trois femmes n'étaient point des albuminuriques ou des cardiaques, ou s'il ne s'était pas fait une déchirure du col ou de varices vaginales.

Au reste les observations rapportées par le Dr Marta viennent de tous points confirmer les idées défendues par notre maître, car dans la première observation du Dr Marta *l'écoulement sanguin continue après la déchirure des membranes* au point de nécessiter le tamponnement.

Ces faits rapportés par le Dr Marta prouvent que dans la pratique il ne faut pas se presser de porter le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, alors même que des hémorrhagies et la rupture prématurée des membranes viennent à se produire ; il ne faut pas se presser, éliminer tour à tour toutes les autres causes d'hémorrhagies, de rupture précoce des membranes, et n'affirmer l'existence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur que lorsqu'on le sent, et qu'on en constate directement la présence avec le doigt.

Comme le fait très bien observer le Dr Marta, le placenta inséré au fond de l'utérus peut se décoller prématurement, et amener une hémorrhagie ; on sait que le fait n'est pas rare à la période d'expulsion quand le fœtus se présente par le siège.

Le Dr Morta termine sa monographie en donnant les résultats obtenus dans sa pratique et le traitement qu'il a suivi dans 14 cas d'insertion vicieuse du placenta dont 4 cas d'insertion centrale; c'est là un chiffre, pour le dire en passant bien extraordinaire.

D'une façon générale, le Dr Marta emploie le tamponnement, et n'a recours à la perforation des membranes que si le travail est commencé.

Nous ne pouvons malheureusement pas nous étendre davantage, et suivre le Dr Marta lorsqu'il étudie l'influence de l'écoulement prématuré du liquide amniotique sur l'accommodation ; pour que celle-ci se fasse régulièrement il faut

l'ensemble des conditions physiologiques de l'évolution de la grossesse, de l'œuf, du fœtus et l'intégrité anatomique des organes maternels; qu'un de ces facteurs vienne à être troublé ou perverti, l'accommodation s'en trouvera par cela même plus ou moins entravée; on comprend de suite l'importance qu'il y a à s'assurer de l'existence d'une accommodation normale et régulière du fœtus pour ne pas être surpris par une rupture prématurée des membranes toujours possible et toujours imprévue.

L'écoulement prématuré du liquide rendant l'accommodation du fœtus définitive, il importe que cette accommodation ne soit pas vicieuse pendant la grossesse, il importe par conséquent de la corriger, de la rectifier pendant la grossesse chaque fois qu'elle sera rencontrée.

Nous devions signaler le travail très consciencieux, très impartial du Dr Marta qui sans idée préconçue, par le seul examen des faits soumis à son observation est arrivé à corroborer pleinement les idées défendues et enseignées par notre maître le Dr Pinard.

Drs Boissard et Baylin.

---

# REVUE DES JOURNAUX

**De la blennorrhagie chez la femme.** (Der Tripper bei Weibe. J. Neumann. — Jusqu'en ces derniers temps, l'opinion la plus accréditée était que la blennorrhagie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, que la femme la donne plus souvent qu'elle ne la reçoit. A l'heure actuelle, il semble qu'on incline vers l'opinion diamétralement opposée, et l'on tient le processus blennorrhagique pour une des affections les plus habituelles de l'appareil génital féminin (Nöggerath, Sänger, Olshausen, Schwarz). Le premier donné à cet état pathologique du conduit génital féminin, qu'il si souvent observé, la dénomination de *Gonorrhée latente,* et il le déclare produit par la gonorrhée chronique de l'homme. Cet état peut persister, à l'état latent, pendant des années et des mois après l'époque de la contamination, avant qu'il ne se manifeste

par des symptômes caractéristiques ; ce sont des périmétrites aiguës, récurrentes et chroniques, des ovarites, des troubles de la menstruation, de la fonction de reproduction et du système nerveux. Par contre, d'autres chercheurs, et en première ligne H. Fritsch, restent plutôt hostiles à cette théorie. Quant à l'auteur, en conformité d'opinion d'ailleurs avec Fürbringer et d'autres, il juge cette opinion *que le processus blennorrhagique affecte, d'une manière générale, le canal génital depuis la vulve jusqu'à l'extrémité tubaire* (Nöggerath, Schwarz) *comme sûrement exagérée.*

Le diagnostic clinique de la gonorrhée chronique de la femme, repose sur la constatation des symptômes suivants :

1) Apparition chez une femme primitivement saine, peu après son mariage ou des relevailles, d'une affection des organes génitaux s'accompagnant de phénomènes hystériques excessifs ; 2) existence d'une uréthrite ; 3) catarrhe du conduit excréteur des glandes de Bartholin ; 4) condylomes acuminés de la vulve, du vagin, du périnée, de l'anus, des plis de la cuisse ; 5) existence d'une vaginite granuleuse ; 6) sécrétion purulente de la vulve, du vagin, et de l'utérus coexistant avec des érosions ; 7) salpingo-périmétrite et ovarite glandulaire.

Le plus grand nombre des ophthalmies des nouveau-nés reconnaît également pour cause la blennorrhagie de la femme. Chez les demoiselles et les personnes nouvellement mariées, on observe surtout la vulvite, fortuitement l'uréthrite ; chez les femmes avancées en âge, la vaginite et l'endométrite cervicale.

Les prostituées enfin sont surtout affectées d'endométrite cervicale et d'uréthrite. (*Cent. f. Gynäk.*, et *Intern. klin. Rundschau*, 1888, nos 7 et 8.)

---

**Du traitement de l'incarcération de l'utérus gravide.** (Die Behandlung des retroflectirten graviden uterus). COHNSTEIN. — L'auteur érige en principe qu'il ne faut pas, en général, tenter la reposition de l'utérus gravide, incarcéré, avant l'évacuation préalable de la vessie. La reposition réussit-elle, alors qu'on n'a pas procédé à cette évacuation, la vessie subit des dommages. Mais si la réduction échoue fréquemment, c'est que les manœuvres à travers les parois abdominales qui doivent la faciliter, sont impossibles quand la vessie est pleine.

Il ne peut souscrire au conseil donné de pratiquer l'avortement,

toutes les fois que la reposition n'est pas possible. D'ailleurs, à son avis, toutes les fois qu'on peut placer une sonde dans le col, on peut aussi obtenir l'évacuation de la vessie et réaliser la reposition de la matrice. Il se prononce également contre la paracentèse de l'utérus, à travers sa paroi postérieure. Cette pratique a été conseillée, d'après l'opinion injustifiée que, durant les premiers mois de la gestation, il y a dans l'utérus une quantité considérable de liquide amniotique. L'écoulement de ce liquide aurait pour effet de provoquer les contractions utérines, lesquelles redresseraient l'organe dévié. Mais les contractions n'agissent précisément que dans le sens de la déviation utérine.

*Description de la méthode,* grâce à laquelle l'auteur a pu, dans cinq cas difficiles, lever l'incarcération de l'utérus.

« La 1re indication à remplir, c'est l'évacuation complète de la vessie. C'est là une condition *sine quâ non* pour opérer les tentatives de réduction. Après que l'évacuation complète a été opérée, la reposition de l'utérus a lieu en commençant par la portion vaginale. Le même procédé, que nous avons recommandé dans les cas difficiles pour l'évacuation de la vessie, prépare déjà la reposition de la matrice.

La femme est placée sur la table à exploration, et dans la position de la taille. L'intestin est évacué à l'aide d'une sonde élastique, portée très haut. Le méat urinaire découvert, on introduit dans l'urèthre une sonde d'homme, en argent, soigneusement huilée, et pourvue le long de son bec de plusieurs orifices. Ceux-ci sont utiles pour vider complètement la vessie qui, dans le cas de rétroflexion accusée, est excessivement distendue non seulement par en haut mais aussi sur les parties latérales. Nous ne pouvons trouver d'autres raisons, de l'échec éprouvé, en beaucoup de cas, dans les tentatives de reposition après évacuation de l'organe vésical, que dans ce fait que toute l'urine n'avait pas été évacuée. Cette évacuation complète se distingue, à ce qu'on peut, en arrière de la symphyse et au niveau du promontoire, non seulement tâter, mais saisir l'utérus, et à ce que le ventre n'est plus douloureux. Il ne faut pas oublier, quand on pratique le cachétérisme, que l'urèthre est aplati et allongé. Le plus souvent, il est dirigé de bas en haut et d'arrière en avant. La sonde doit être poussée avec beaucoup de circonspection. L'expérience apprend à reconnaître si l'obstacle qui s'oppose au cathétérisme réside dans un aplatissement ou

dans une distorsion d
arrière le cathéter, et
en avant avec plus d
paroi abdominale est

Si le cathéter ne pe
arriver jusque dans
utérin de la symphys
la lèvre postérieure,
y fixons une pince et
ce procédé simple, no
à éloigner le col de
difficile à obtenir, lor
portion vaginale. Da
muqueuse vaginale le
et nous tirons cette n
plaçons une nouvell
vaginale qui est ven
place qu'occupait la
tirons en bas et en ar
qu'il nous soit possib
de l'orifice. Ces pinces
tion plus grande du
tion vaginale ne céde
binerions à une repos
concerne le mode et l
mêmes règles que l'o

L'écartement de la
l'évacuation de la ves
rir à aucune autre m
la paroi abdominale
peut à travers cette p
l'utérus.

Lorsque la vessie a
rir à des instruments
physe, on enfonce, à
la symphyse et la por
dis qu'avec l'autre m
repousse latéralement

Quand on a eu reco

tement préalable de la portion vaginale au moyen d'instrument la reposition de la matrice est déjà en train. Tandis qu'à travers la paroi abdominale, une main redresse le fond de l'utérus, l'autre main exerce sur la portion vaginale une traction un peu plus accusée en arrière et en bas.

Ainsi, l'abaissement de la portion vaginale au moyen d'une pince remplit un double but ; il rend possible l'évacuation de la vessie et facilite la reposition.

La méthode n'a pas de désavantage. Nous n'avons observé ni des lésions de l'urèthre, ni des inflammations de la matrice, ni des avortements.

L'application d'un pessaire levier empêche le déplacement en avant de la portion vaginale et la réplétion nouvelle de la vessie. (*Arch. f. Gynäk.*, 1888. Bd. XXXIII. Hft. 1.)

---

**De l'emploi de la gaze iodoformée en obstétrique.** (Die Anwendung der Jodoformegaze in der Geburtshilfe.) DUHRSSEN. — Ce mémoire fait suite, à une communication antérieure dans laquelle l'auteur a déjà rapportée 3 cas d'atonie utérine puerpérale, traitée avec succès par le tamponnement avec la gaze iodoformée. Le travail actuel renferme six faits nouveaux, dans lesquels la même pratique a été suivie de résultats aussi heureux. De plus, ces résultats ont été confirmés par ceux obtenus annoncés par d'autres auteurs (Fraipont, Liège, 1887 et Auvard, *Arch. de tocol.*, nov. 1887). Mais il ne faut pas passer sous silence l'échec qu'a subi Fritsch dans un cas d'inertie absolue. Fritsch ne veut pas reconnaître dans ce procédé un moyen infaillible (Klinik der Geburtshilf. operat.). Théoriquement, il objecte contre l'emploi du tampon iodoformé, qu'il empêche l'utérus de se contracter solidement, par la raison qu'il le maintient trop dilaté. Dührssen, au contraire, est d'avis que l'utérus se contracte après application de la bande de gaze iodoformée et qu'il ne se relâche pas de nouveau. Autre objection formulée par Fritsch, c'est que la gaze iodoformée ne peut produire l'hémostase ni par action styptique ni par action mécanique, parce qu'au contraire elle boit le sang. Dührssen, de son côté, admet que le tampon agit par action mécanique, parce que, suivant lui, les contractions utérines provoquées par le tamponnement doivent avoir comme effet d'appliquer très étroitement la surface interne de l'utérus sur le tampon

En tout cas, l'insuccès éprouvé par Fritsch oblige à ne pas tenir le procédé pour complètement sûr, alors même que le résultat au premier coup d'œil paraît être plus favorable. Ainsi dans ce cas, il ne s'écoulait d'abord du tout de sang au dehors, parce que la gaze l'absorbait tout. Mais ensuite, l'accouchée se remit à perdre du sang.

Dührssen traite également les déchirures du col par le tamponnement avec la gaze iodoformée. Il justifie, dans ce cas, le tamponnement de l'utérus par l'intérêt qu'il a à assurer une bonne contraction de l'organe, laquelle a pour effet de produire une compression de l'artère utérine. Si, malgré le tamponnement de la cavité utérine, du col et du vagin, l'hémorrhagie continue, il a recours à l'emploi de l'ouate salicylée, qui absorbe moins que la gaze iodoformée.

Dührssen, conseille encore le même mode de tamponnement dans les cas de déchirures vaginales difficiles à suturer; comme moyen provisoire, lorsqu'on se trouve en présence de déchirures périnéales et qu'on ne veut pas s'exposer à les mal suturer, parce qu'elles se seront produites la nuit, qu'on ne disposera que d'un éclairage défectueux, enfin, quand on aura à combattre une hémorrhagie et qu'on ignorera si elle a son origine dans une déchirure du vagin, ou de la région clitoridienne.

Dans un cas de rupture « perforante » du vagin, Dührssen a eu également recours, avec succès, au tamponnement avec la gaze iodoformée. Il serait également applicable à certaines ruptures de la matrice. Dans ce cas, il faudrait en premier lieu pousser, à travers la déchirure, de la gaze iodoformée jusque dans la région abdominale la plus rapprochée, puis tamponner l'utérus. Cela fait, on presserait du dehors les boules de gaze, nettement reconnaissables dans la cavité abdominale, contre la matrice. De cette façon, les points qui donnent du sang seraient comprimés.

En outre, Dührssen propose, dans toute section césarienne (méthode de Sänger) de tamponner par mesure prophylactique, l'utérus à travers la plaie utérine; on ferait la suture ensuite. Il espère que de cette manière, on éviterait les hémorrhagies secondaires par inertie utérine, et le passage dans la cavité abdominale de produits décomposés.

Enfin, l'auteur conseille le tamponnement avec la gaze iodoformée, par rapport aux suites de couches, dans tous les cas où la

cavité utérine devient le siège de processus de décomposition, et où un ou plusieurs lavages phéniqués abondants sont restés inefficaces. (*Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 41 et *Berlin Fischer's med. Buchhandlung*, 1888.)

# VARIÉTÉS

**Cours d'accouchements.**

MM. les Drs G. Lepage et J. Potocki, anciens internes des hôpitaux, commenceront le lundi, 12 novembre, à quatre heures et demie, un *Cours pratique d'accouchements.*

Ce cours gratuit aura lieu tous les jours de quatre heures et demie à cinq heures et demie, 41, rue des Écoles (à l'Association générale des étudiants) : ce cours sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire soit chez le Dr G. Lepage, 10 rue Godot-de-Mauroi soit chez le Dr J. Potocki, 104, rue du Faubourg-Poissonnière, ou au secrétariat de l'Association générale, 41, rue des Écoles.

**Policlinique de chirurgie des femmes** du Dr Berrut, rue de Grenelle-St-Germain, 151.

Du 1er novembre au 31 août de chaque année :

Le jeudi à 9 heures : Leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes sur la présentation de leur carte.

A 10 heures : consultation.

La première leçon aura lieu le jeudi 8 novembre.

Les *Annales de gynécologie* ont reçu :

**Rein intra-pelvien pris pour des annexes de l'utérus malade.** (Intra pelvic kidney mistaken for diseased uterine appendage.) P. F. Munde. **Des indications du traitement chirurgical des trompes malades.** (Ueber die indikationen zur operativen Behandlung der Erkrankten Tube.) A. Freund.

*Le Gérant :* G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1888

# TRAVAUX ORIGINAUX

## DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

### DILATATION DU CANAL GÉNITAL (COL DE L'UTÉRUS, VAGIN ET VULVE) A L'AIDE DE BALLONS INTRODUITS DANS LA CAVITÉ UTÉRINE PENDANT LA GROSSESSE

Par **M. Champetier de Ribes**, accoucheur des hôpitaux.

En 1878, alors que j'avais l'honneur d'être l'interne de M. le Prof. Tarnier, à la Maternité de Paris, je trouvai sur les registres de cet hôpital un grand nombre d'observations dans lesquelles on avait, par des moyens divers, provoqué prématurément l'accouchement.

Comparant entre eux tous ces moyens, je constatai bien vite la supériorité du ballon excitateur de M. Tarnier. Après avoir étudié la manière dont se comporte l'accouchement quand on le provoque avec cet appareil, j'arrivai à cette conclusion : que M. Tarnier avait découvert une méthode excellente, mais que son procédé pourrait peut-être être perfectionné.

Que fait M. Tarnier ? Il introduit dans l'utérus un tube en caoutchouc fabriqué de telle sorte que son extrémité peut

se refermer en ampoule, quand l'appareil est en place, un ballon du volume d'un œuf de poule environ se trouve dans la cavité utérine, au-dessus de l'orifice interne et ne peut sortir qu'en dilatant sur son passage toutes les parties du canal génital qu'il traverse. Sous l'influence des contractions utérines la parturiente *expulse le ballon*.

Que se passe-t-il ensuite ?

Dans un grand nombre de cas, l'utérus mis en train continue à se contracter, et la dilatation du col se fait plus ou moins lentement, mais sans discontinuité : la mise en train persiste.

Dans d'autres cas, surtout chez les multipares, l'utérus, après avoir expulsé le ballon, satisfait sans doute de s'être débarrassé de ce corps étranger qui le gênait, cesse de se contracter; tout travail s'arrête et tout est à recommencer. Or les contractions nécessaires pour expulser le corps étranger apparaissant toujours rapidement, le passage du ballon de l'utérus dans le vagin a lieu en très peu d'heures.

D'autre part, j'avais été frappé de ce fait: le ballon expulsé présente un diamètre de 4 centimètres par exemple, et quand on pratique le toucher immédiatement après son expulsion, on trouve un orifice qui presque toujours a des dimensions beaucoup moindres.

C'est que les parois du ballon sont très souples, très minces, que le ballon se lamine pour passer à travers le canal cervical, et sort par des orifices dont le diamètre est de beaucoup inférieur à celui du ballon qu'on mesure alors qu'il n'est pas comprimé.

Je me demandai dès lors si l'on ne pourrait pas employer des appareils de volume beaucoup plus grand, ne changeant pas de forme délimitée sous l'influence des pressions qu'ils ont à supporter dans le trajet à parcourir.

Je fis dès cette époque fabriquer un ballon de forme conique, terminé par un tube de remplissage, et constitué par une enveloppe de soie recouverte d'une mince couche de caoutchouc. J'ai obtenu ainsi un ballon imperméable et

inextensible qui, rempli de liquide, prenait des dimensions à peu près invariables.

La plus grande circonférence de ce ballon mesurait 21 centimètres.

Vide et plié il passait à travers une bague : je l'ai montré à M. Tarnier ; il n'a jamais été employé, mais il m'a servi de modèle pour la fabrication de ceux que j'ai utilisés dans les 18 observations que je présente ici et dont la plus ancienne a été prise le 25 août 1887.

Il y a dix ans, m'appuyant sur les résultats obtenus dans la provocation de l'accouchement avec l'appareil de M. Tarnier, je disais dans un mémoire pour les prix de l'Internat : « Je propose de transformer l'accouchement provoqué en un accouchement gémellaire dans lequel le premier enfant serait réduit à sa tête ».

Depuis cette époque, j'ai toujours poursuivi la mise en pratique de cette formule : j'ai cherché le moyen de provoquer sûrement et rapidement le travail, et en même temps de dilater tout le canal génital de façon à supprimer les obstacles provenant des parties molles au moment de l'accouchement, soit qu'on abandonne celui-ci à la nature, soit qu'on le termine à l'aide d'opérations.

Je crois avoir atteint ce but par un procédé simple, sans danger, facile à appliquer.

Pour obtenir ce résultat, je place vide au-dessus de l'orifice interne de l'utérus un ballon imperméable et de tissu inextensible ; j'y injecte du liquide : alors sa grande circonférence devient égale ou à peu près à celle de la tête fœtale ; puis je laisse l'organisme maternel expulser spontanément ce corps étranger.

Je veux avoir le droit de dire, quand le ballon dilatateur a franchi la vulve, que la voie est libre et que lors du passage du fœtus on ne rencontrera plus de difficultés provenant des parties molles de la mère.

Ce travail comprend :

I. — La description de ce ballon dilatateur.

II. — La manière de l'introduire et de le gonfler dans la cavité utérine ou manuel opératoire.

III. — Les résultats qu'il a donnés dans les cas où il a été employé.

IV. — Le mode d'action de l'appareil. La marche du travail.

V. — Les indications de son application.

VI. — Les observations dans lesquelles il a été utilisé.

VII. — Des conclusions.

## I. — DESCRIPTION DU BALLON

Pour obtenir le résultat que je recherche, mon ballon doit être imperméable et inextensible : il doit être assez résistant pour supporter sans se rompre les pressions qu'exercent sur lui les contractions des muscles utérins et abdominaux pendant toute la durée du travail.

Il faut qu'il ait des parois suffisamment minces pour que, vide, il puisse être porté sans violence à travers le canal cervical non dilaté, jusqu'au-dessus de l'orifice interne; il est muni d'un tube assez long au moyen duquel on le remplit.

Ce n'a pas été sans peine que je suis arrivé à faire construire des ballons dont je puisse faire usage.

La plupart des observations ont été prises avec des appareils très imparfaits. Aujourd'hui, grâce à la persévérance et à la très grande bonne volonté de MM. Galante, mon outillage est excellent.

L'appareil doit d'abord être inextensible : pour lui assurer cette qualité indispensable j'ai fait faire des sacs en tissu de soie mince et souple.

Pour rendre ces sacs imperméables j'ai dû les faire doubler d'une couche de caoutchouc : il y a, paraît-il, une très grande difficulté à faire adhérer convenablement le caoutchouc à la soie, surtout au niveau des coutures.

Il est très important au point de vue de l'antisepsie qu'il y

ait une couche de caoutchouc extérieure, mais la solidité de l'appareil est bien plus grande quand la paroi intérieure est également imperméable ; sans cela, sous l'influence des pressions auxquelles elle est soumise, l'enveloppe de soie laisse filtrer une gouttelette de liquide qui décolle l'enveloppe de caoutchouc extérieure et devient le point de départ d'une boursouflure d'abord puis d'une rupture.

Pour avoir un ballon parfait il faut insinuer une poche de tissu inextensible entre deux couches imperméables de caoutchouc, et il faut que l'appareil ainsi fait ait des parois assez minces pour qu'on puisse l'introduire.

La maison Galante m'a déjà livré plusieurs ballons remplissant ces conditions : ils ont été employés dans les observations 14, 15, 16. Vides ils sont un peu plus gros que ceux dont je me suis servi dans les autres observations ; leur tube de remplissage est beaucoup plus volumineux. En dehors de ces cas les ballons que j'ai employés étaient tous constitués d'une enveloppe intérieure de soie et d'une enveloppe extérieure de caoutchouc.

Aussi beaucoup n'ont pu servir qu'une fois, quelques-uns même ont crevé avant la terminaison d'un premier emploi. J'ai donné à ces ballons la forme d'un cône allongé de 10 à 12 centim. de hauteur, s'abouchant avec tube d'un centim. de diamètre et de 20 centim. de long ; un robinet est fixé sur le trajet du tube.

J'ai fait faire et j'ai employé des ballons de dimensions variées : les premiers que j'ai utilisés avaient 0m,24 et 0m,25 centim. de circonférence dans leur partie la plus large, c'est-à-dire au niveau du fond. Les derniers de ce modèle mesuraient 0m,30 à 0m,32 centim. de circonférence et je crois que je n'en emploierai plus de dimensions moindres.

Voici les mesures du plus volumineux que je possède ; il m'a servi trois fois, notamment dans l'observation n° 9.

Plein de liquide sa plus grande circonférence mesure 0m,33. Sa hauteur jusqu'à l'origine du tube de remplissage est de 0m,11.

Cette pince n'est nullement indispensable : dans l'observation 16, le Dr Pinard a introduit un ballon volumineux dernier modèle avec une pince courbe quelconque et moi-même je l'ai fait plusieurs fois.

*Liquide.* — Parmi les liquides antiseptiques j'ai choisi la solution phéniquée à 1 0/0 parce qu'elle n'altère pas le caoutchouc, et que, si le ballon crève, son contenu peut sans aucun inconvénient se répandre dans une portion quelconque du canal génital. Je demande quelques litres de cette solution.

*Vaseline.* — Trente grammes de vaseline boriquée ou phéniquée à 1 0/0 suffisent.

*Seringue.* — Il est commode d'avoir une seringue graduée d'une capacité de 150 ou 200 gr. au moins, de façon à ne pas être obligé de la recharger trop souvent pendant le remplissage du ballon. Mais une seringue quelconque suffira.

*Fil à ligature.* — Il est prudent de placer un fil sur le tube de remplissage de façon à ce qu'il ne suffise pas de tourner le robinet pour que le ballon se vide.

Il faut en outre s'assurer le concours d'un ou de deux aides.

Il est de toute nécessité d'avoir un aide pour injecter le liquide dans l'intérieur du ballon, les mains de l'opérateur étant occupées pendant que cette petite manœuvre s'accomplit.

Si l'on veut donner du chloroforme à la patiente il faut un second aide. Or le chloroforme, s'il n'est pas indispensable comme le montrent les observations 4, 14, 16, 17, 18, où il n'a pas été donné, rend cependant beaucoup plus facile et beaucoup plus simple l'introduction du ballon.

Le moment de l'opération arrivé, je jauge le ballon et je l'essaye : je pèse d'abord le ballon vide, puis je le remplis de liquide en ayant soin de chasser complètement l'air ; je le soumets alors à une forte pression en poussant sur le piston de la seringue afin de m'assurer de a résistance de ses parois.

Je le pèse plein, je mesure exactement sa circonférence à sa base. Puis je retire cent grammes du liquide qu'il contient

et je mesure de nouveau en l'étreignant fortement avec un ruban quelle est sa nouvelle circonférence.

Je reconnais par exemple, que le ballon vide pèse 50 gr., que plein il pèse 690 gr., que la circonférence du ballon étant de $0^m,33$ alors qu'il est rempli de liquide ne mesure plus que $0^m,27$ après que l'on a retiré 100 gr. de son contenu. Ainsi rempli incomplètement le ballon est devenu flasque, mais, en raison de l'inextensibilité de ses enveloppes et de l'incompressibilité de son contenu, il ne pourra sortir qu'à travers un canal mesurant une circonférence de $0^m,27$.

Je conseille de retirer encore 100 gr. de liquide et de mesurer une troisième fois la circonférence du ballon après cette nouvelle soustraction. Je pèse exactement la quantité de liquide qui reste finalement.

Je sais alors que pour remplir complètement ce ballon et lui donner une circonférence de $0^m,33$ il faut injecter dans sa cavité 640 gr. de liquide.

Je sais encore qu'en injectant 100 gr. de moins ou en retirant 100 gr. du ballon plein, celui-ci aura encore $0^m,27$ de circonférence ; qu'en retirant non plus 100 gr. du ballon plein, mais 200 gr. il présentera une circonférence de $0^m,22$.

En d'autres termes : le ballon plein contenant 640 gr. de liquide ne pourra traverser un canal que si celui-ci mesure partout 0,33 de circonférence. Contenant 540 gr. il passera à travers un canal de $0^m,27$. Contenant 440 gr. il sortira à travers un canal de $0^m,22$.

Le ballon est lavé, brossé, dans la solution phéniquée forte ; il est vidé complètement de liquide et d'air.

Il faut alors plier le ballon de façon à ce qu'il présente le moins d'épaisseur possible : pour cela j'efface tous ses plis et je le roule.

Quand le ballon est plié, il prend la forme d'un cigare, d'un fuseau. Une des extrémités du fuseau aboutit au tube de remplissage, l'extrémité libre correspond au centre de la base du cône : la longueur du ballon plié est plus grande que la hauteur du ballon plein de toute la longueur du rayon de la

grande circonférence du ballon ; c'est pour cela que sur
ballon dont nous avons donné les mesures nous voyons
plein il a 11 cent. de hauteur et que vide et plié il a 16 ce
de longueur. Une fois pliéje le fixe solidement dans les m
de la pince (fig. 3) de façon que son extrémité libre dépa

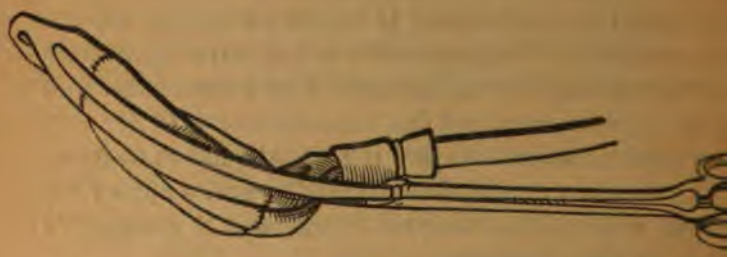


FIG. 3. — *Le ballon roulé en cigare, pris dans les mors de la pince, et p à être introduit.* 1/3 de grandeur naturelle.

de quelques millim. le bout de la pince, et je vaseline abo
damment tout ce petit appareil.

J'ai pris les dimensions et les poids que je viens d'
diquer sur le ballon qui m'a servi dans l'observati
n° 13.

Au moment d'être introduits, le ballon et la pince réu
mesuraient au point le plus volumineux 0m,07 de circo
férence.

Ces préliminaires étant achevés, procédons à l'introdu
tion du ballon : la malade a été préparée par l'antisep
parfaite des voies génitales, on la chloroforme, on la m
dans la position obstétricale et on lui fait une injection av
la solution phéniquée.

J'introduis alors une main enduite de vaseline dans
vagin ; doucement, lentement je fais pénétrer dans le col m
index. Chez toutes les femmes qui font le sujet de mes obs
vations, primipares ou multipares, j'ai pu, sans la moind
violence, d'abord entrer ma main dans le vagin, puis intr
duire tout l'index dans le col, au delà de l'orifice intern
décoller les membranes, m'orienter, reconnaître les lie

Le remplissage du ballon commence; on pousse doucement avec la seringue une quantité déterminée de liquide qui donnera au ballon des dimensions qu'on a calculées à

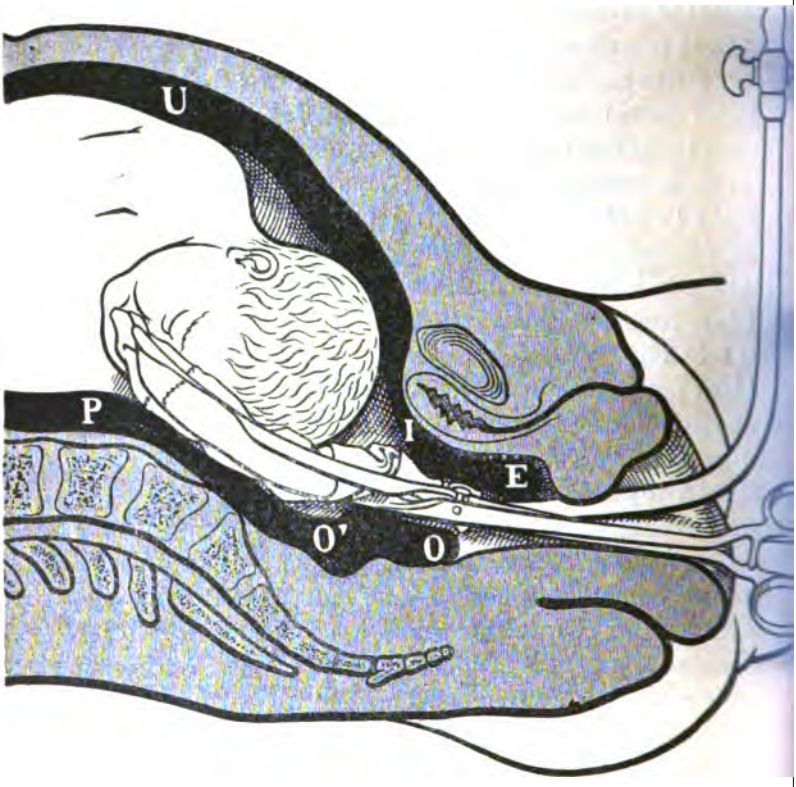



FIG. 4. — *Coupe médiane antéro-postérieure.* Le ballon, à l'aide de la pince, a été porté au-dessus de l'orifice externe O' I, et s'est logé en arrière et à droite du segment inférieur entre la paroi utérine et les membranes qui le séparent de la tête fœtale. O E. Orifice externe du col. — O' I. Orifice interne. — P U. Paroi utérine.

l'avance. Pendant que le ballon se remplit on voit le tube qui le termine remonter un peu dans les parties génitales, ce qui prouve que le ballon remonte lui-même pour se dévelop-

loppe tout entier au-dessus de l'orifice interne et le plus souvent aussi, dans les rétrécissements du bassin, au-dessus du rétrécissement. (fig. 5)

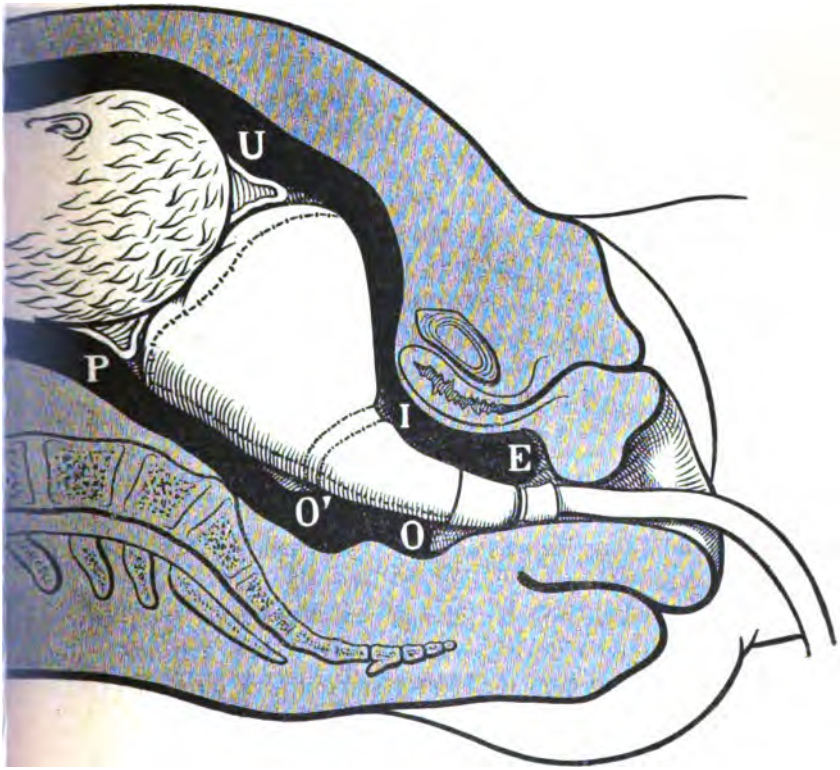



FIG. 5. — *Coupe médiane antéro-postérieure.* Le ballon incomplètement gonflé remplit le segment inférieur au-dessus du rétrécissement soulevant les membranes et la tête. Le tube conique terminal occupe le canal cervical. Le raccord avec le tube de remplissage est au niveau de l'orifice externe. O E. Orifice externe. — O' I. Orifice interne. — P U. Paroi utérine.

A mesure que le ballon se gonfle, les branches de la pince s'écartent; on les désarticule et on les laisse tomber.

Une fois la quantité voulue de liquide introduite, on ferme le robinet, on applique sur le tube de remplissage une liga-

ture de sûreté, on fait une nouvelle injection vaginale. On remet la patiente dans son lit et on la réveille. Pendant toute la durée du travail on fait des injections phéniquées fréquentes.

Dans le petit nombre d'observations que j'ai recueillies j'ai pu toujours sans difficulté introduire d'emblée un ballon volumineux : dans les cas où on ne pourrait pas agir ainsi, je propose de placer d'abord le ballon de M. Tarnier que l'on remplacerait par un des miens aussitôt que le premier aurait été chassé de l'utérus.

Il suffira donc toujours, si l'on veut employer ma méthode, d'être muni d'un ballon de M. Tarnier et d'un ballon volumineux dont la circonférence puisse atteindre de 0,30 à 0,33 centimètres, c'est-à-dire largement la circonférence sous-occipito-frontale d'une tête de fœtus avant terme.

## III. — RÉSULTATS OBTENUS DANS LES CAS OU LE BALLON A ÉTÉ APPLIQUÉ

Je publie tous les cas dans lesquels mes ballons ont été employés.

J'ai en tout 18 observations.

Quatorze de ces cas se rapportent à la provocation de l'accouchement pour un rétrécissement plus ou moins prononcé du bassin.

Dans la quatorzième et la seizième, il y avait également un rétrécissement du bassin, mais le travail avait débuté depuis longtemps déjà et le ballon a servi seulement comme appareil dilatateur. La dix-septième a trait à une multipare chez qui l'accouchement prématuré fut provoqué par moi pour des accidents gravido-cardiaques mettant immédiatement la vie en danger.

Dans la dix-huitième il s'agit d'une primipare chez qui le fœtus putréfié se présentait par l'épaule. Les membranes étaient rompues, l'état général était mauvais, l'utérus inerte, j'ai trouvé là une indication à hâter la marche de la dilata-

tion afin de vider le plus rapidement possible l'utérus d'un contenu dangereux.

J'ai numéroté les observations, en commençant par celles où le bassin était rétréci; parmi celles-ci la plus ancienne porte le n° 1.

Les autres suivent avec un numéro d'ordre en rapport avec leur ancienneté ; elles ont été classées au fur et à mesure qu'elles m'arrivaient.

J'ai mis à la suite avec les numéros 17 et 18 les deux dont je viens de parler.

Sauf trois, toutes les *observations* sont inédites :

Dans toutes, les ballons ont été placés par moi, excepté dans le n° 16 où le Dr Pinard opéra en mon absence ; aucune observation n'a été rédigée par moi : elles ont été prises par MM. Mantel, Varnier, Lefèvre, internes ou anciens internes des hôpitaux ; je les publie telles qu'elles m'ont été remises par ces Messieurs sans y rien changer.

Le Dr Varnier a pris avec moi la première au mois d'août 1887, à Lariboisière, dans le service du Dr Pinard que je remplaçais à cette époque.

Nous avions déjà fait ensemble un essai avec un ballon Gariel ; je rapporte cette observation en dernier et sans lui donner de numéro d'ordre. Nous avions obtenu avec ce ballon volumineux mais élastique un bon résultat au point de vue de la rapidité de la dilatation, mais celle-ci était incomplète à la sortie du ballon, quoique celui-ci non comprimé eût des dimensions considérables, de plus il se produisit une procidence du cordon. Ce fait contribua à me fortifier dans cette opinion que, pour obtenir un résultat certain, il est de toute nécessité que l'appareil possède une paroi inextensible.

M. Lefèvre, que j'avais pour interne à la Charité alors que j'y remplaçais M. le Dr Budin, m'a remis quatre observations prises dans le service : deux de ces faits (2 et 3) ainsi que l'observation 4 qui provient de la Maternité de Lariboisière ont été publiées déjà par lui dans les numéros 83, 84 et 85 de la *France médicale* de cette année.

Le plus grand nombre des observations a été rédigé par M. Mantel, l'interne actuel du Dr Pinard à Lariboisière dans le service de qui elles ont été prises ; je ne saurais trop remercier M. Mantel de son obligeance et de son précieux concours.

Nous avons vu ensemble quelles sont les conditions qui arrêtent ou qui accélèrent le travail quand on le provoque au moyen de ces corps étrangers : ses très judicieuses remarques m'ont aidé à tirer le meilleur parti possible de mon appareil.

Quant à mon maître et ami le Dr Pinard je lui dois une grande gratitude pour avoir bien voulu me faire employer mon procédé sur les malades de son service. Sans lui je serais réduit à un bien petit nombre de faits et ce travail ne serait guère plus avancé qu'il y a dix ans.

De plus, il a employé lui-même un de mes ballons dans l'obs. 16 qui est des plus intéressantes; il a pu chez une primipare, en travail depuis 60 heures, alors qu'au bout de ce temps la dilatation atteignait à peine la largeur d'une pièce de cinq francs, produire en un quart d'heure la dilatation complète du col d'abord, du vagin et de la vulve ensuite, ce qui lui a permis de terminer séance tenante l'accouchement avec le forceps et le basiotribe ; il nous a montré qu'il n'y avait aucun danger à faire la dilatation extemporanée en exerçant des tractions douces sur le tube du ballon.

J'ai relevé dans les observations un certain nombre de points sur lesquels je désire attirer l'attention : je fais de la sorte une énumération qui sera sans doute fastidieuse mais qui permettra très rapidement au lecteur de se rendre compte de la marche du travail dans chacun des cas que je rapporte.

Les numéros 1, 2, 3, désignent les observations 1, 2, 3.

Dans l'observation 8 on a introduit un premier ballon qui a crevé sans provoquer le travail.

Le lendemain on a placé un second ballon avec lequel on a réussi.

Dans tous les autres cas on a pu terminer l'accouchement après une seule application.

*Date à laquelle chaque observation a été prise.*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 27 août | 1887 | 10. | 30 juillet | 1888 |
| 2. | 26 avril | 1888 | 11. | 30 juillet | — |
| 3. | 27 avril | — | 12. | 17 août | — |
| 4. | 2 mai | — | 13. | 5 octobre | — |
| 5. | 31 mai | — | 14. | 6 octobre | — |
| 6. | 14 juin | — | 15. | 20 octobre | — |
| 7. | 15 juin | — | 16. | 31 octobre | — |
| 8. | 21 juillet | — | 17. | 9 août | — |
| 9. | 21 juillet | — | 18. | 9 juin | — |

*Circonférence du ballon au moment où il est abandonné dans l'utérus plus ou moins complètement rempli de liquide, après son introduction.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1..... | $0^m,27$ | 10..... | $0^m,285$ |
| 2..... | $0^m,24$ | 11..... | $0^m,265$ |
| 3..... | $0^m,24$ | 12..... | $0^m,235$ |
| 4..... | $0^m,25$ | 13..... | $0^m,25$ |
| 5..... | $0^m,27$ | 14..... | $0^m,20$ |
| 6..... | $0^m,24$ | 15..... | $0^m,19$ |
| 7..... | $0^m,25$ | 16..... | $0^m,27$ |
| 8. ... | $0^m,25$ | 17..... | inconnue. |
| 9..... | $0^m,26$ | 18..... | $0^m,22$ |

Dans les 7 premières observations, ainsi que dans les observations 16 et 18, le ballon fut d'emblée complètement rempli.

Dans les obs. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, il fut abandonné flasque et incomplètement rempli.

Dans l'obs. 17 je n'ai pas de renseignement à cet égard.

*Circonférence du ballon au moment où il a franchi l'orifice externe du col.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | $0^m,27$ centimètres. | 6. | $0^m,27$ environ. |
| 2. | $0^m,24$ — | 7. | $0^m,25$ — |
| 3. | $0^m,24$ — | 8. | $0^m,25$ — |
| 4. | $0^m,25$ — | 9. | $0^m,30$ — |
| 5. | $0^m,25$ au moins. | 10. | $0^m,28$ — |

*Temps qui s'est écoulé depuis l'introduction du ballon jusqu'au début du travail.*

1. 2 h. 30.
2. 1 h. 30.
3. 30.
4. 2 h. 15.
5. 0
6. 26 h.
7. 10.
8. 2 h. 30.
9. 30.
10. 3 h. 45.
11. 5 h. 15.
12. 3 h.
13. 1 h. 30.
14. En travail avant le placement du ballon.
15. 30.
16. En travail avant le placement du ballon.
17. 45.
18. 12 h.

Les observations 14 et 16 ne comptent pas.

En moyenne un peu moins de 4 heures.

Les observations 6 et 18 font beaucoup monter cette moyenne; dans ces deux cas le travail a tardé à se déclarer parce que le ballon ne pouvait appuyer sur le segment inférieur : il est très facile de remédier à cet inconvénient, soit en diminuant momentanément le volume de l'appareil, soit en exerçant des tractions sur le tube.

*Temps qui s'est écoulé depuis le début du travail jusqu'à l'expulsion du ballon.*

1. 7 h. 30.
2. 4 h. 45.
3. 6 h. 30.
4. 5 h.
5. 6 h. 30.
6. 8 h.
7. 5 h. 20
8. 4 h. 25.
9. 3 h. 30.
10. 7 h. 45.
11. 6 h. 45.
12. 4 h. 30.
13. 8 h.
14. 1 h. 15.

Depuis l'introduction du ballon jusqu'à son expulsion, mais le travail durait depuis 20 heures quand le ballon a été placé.

15. 10 h.
16. 15 min.

Depuis l'introduction du ballon jusqu'à son expulsion : le travail durait depuis 60 heures au moment où le ballon a été introduit.

17. 5 h. 30.
18. 6 h. 30.

Éliminant les observations 14 et 16 dans lesquelles le travail avait débuté avant l'introduction :

En moyenne, 5 h. 40.

*Temps qui s'est écoulé depuis le moment où le ballon a été introduit jusqu'à son expulsion hors de la vulve.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | 1 h. | II | pare (premier accouchement forceps. Enfant mort). |
| 2. | 6 h. 15 | I | pare. |
| 3. | 7 h. | I | pare. |
| 4. | 7 h. 15 | I | pare. |
| 5. | 6 h. 30 | II | pare (basiotripsie au premier accouchement). |
| 6. | 34 h. | V | pare. |
| 7. | 5 h. 30 | IX | pare. |
| 8. | 7 h. | I | pare. |
| 9. | 4 h. | II | pare. |
| 10. | 11 h. 30 | I | pare. |
| 11. | 12 h. | III | pare. |
| 12. | 7 h. 30 | II | pare. |
| 13. | 9 h. 30 | III | pare. |
| 14. | 1 h. 15 | I | pare. |
| 15. | 10 h. 30 | VII | pare. |
| 16. | 15 | II | pare. |
| 17. | 6 h. 15 | I | pare. |
| 18. | 18 h. 30 | III | pare. |

En moyenne 9 h. 30.

Pour les primipares en moyenne : 8 heures.

Je ne fais pas entrer dans cette moyenne les obs. 14 et 16, dans lesquelles il s'agit de primipares chez lesquelles la dilatation avait commencé avant l'intervention.

*Temps écoulé depuis le moment où le ballon a franchi l'orifice du col jusqu'à celui où il a été expulsé hors de la vulve.*

| CHEZ LES PRIMIPARES | CHEZ LES MULTIPARES |
|---|---|
| 2. Quelques minutes. | Jamais plus de quelques minutes. |
| 3. Quelques minutes. | |
| 8. 35 minutes. | |
| 10. Quelques minutes. | |
| 14. 30 minutes. | |
| 16. Quelques minutes. | |

Dans tous les cas pendant cette période on a exercé de légères tractions sur le tube de remplissage.

Suites de couches. — Elles ont toujours été physiologiques.

État de l'enfant au moment de sa naissance — Présentation.

SOMMET

4. Bon. Accouchement sp.
6. Bon. Accouchement sp.
7. Bon. Accouchement sp. *Mort* 48 heures après la naissance. atélectasie pulmonaire.
9. Bon. Forceps laborieux.
10. Bon. Accouchement sp. *Mort* après quelques heures, atélectasie pulmonaire.
13. Étonné. Ranimé. *Mort* après quelques heures, forceps laborieux.
14. Bon. Forceps.
15. Bon. Forceps.
16. *Mort*. Basiotripsie.

SIÈGE

Ramené en bas avant le début du travail par la version par manœuvres externes.

2. Étonné. Ranimé. Bon état à la sortie.
3. Mort apparente. Ranimé. Bon état à la sortie.
5. Étonné. Bon état à la sortie. (Bassin de Nægele).
12. Bon.

Ramené en bas après l'expulsion du ballon. Version par manœuvres internes.

1. *Mort.* Passage de la tête très difficile. Un premier enfant était mort pendant une application de forceps.
8. Bon.
11. Bon.
17. *Mort.* A fait deux inspirations, n'a pu être ranimé (accidents gravido-cardiaques graves chez la mère).

ÉPAULE

18. Enfant macéré, très petit.

Je laisse de côté l'enfant 18, macéré.

14 enfants sur 17 sont nés vivants ou ont été ranimés ; 3 sont nés morts : le 16, le 1, le 17.

Le 16 a été tué par la basiotripsie.

Le 1 a succombé pendant les manœuvres d'extraction du siège.

Le 17. Très petit, né d'une mère qui asphyxiait, n'a pu être ranimé.

Parmi les 14 nés vivants, 2 ont succombé dans les premiers jours qui ont suivi leur naissance.

Reste 11 vivants sur 17, ou 64,70 pour 0/0.

En éliminant les observations 17 et 18 qui n'ont pas trait à des rétrécissements du bassin nous avons, pour les enfants venus tête dernière, une mortalité au moment de la naissance de 1 pour 7, c'est-à-dire de 14,28 0/0.

Pour les enfants venus par le sommet la mortalité au moment de la naissance est de 1 sur 9, c'est-à-dire de 11,11 0/0.

La mortalité générale est de 2 sur 16 ou de 12,5 0/0.

*Moment de la rupture des membranes.*

1. Artificielle, à la dilatation complète, 3 h. 15 après l'expulsion du ballon.
2. Artificielle. *Pendant le placement du ballon.*

3. Artificielle, à la dilatation complète.
4. Artificielle, à la dilatation complète, 1 h. 45 après l'expulsion du ballon.
5. Artificielle à la dilatation complète.
6. Spontanée, pendant le travail, pendant que le ballon est dans le vagin.
7. Artificielle. La dilatation est à très peu près complète.
8. Articielle, à la dilatation complète.
9. Spontanée, à la dilation complète.
10. Spontanée, après que le ballon a franchi l'orifice du col.
11. Artificielle, à la dilatation complète.
12. Artificielle. *Pendant le placement du ballon.*
13. Artificielle. Dilatation à très peu près complète.
14. Artificielle, à la dilatation complète.
15. Spontanée. Avant le placement du ballon cette rupture prématurée a été considérée comme une indication à l'emploi du ballon.
16. Spontanée. Avant tout début de travail, 60 heures avant le placement de l'appareil.
17. Artificielle, à la dilatation complète.
18. Spontanée au début du travail, avant l'introduction du ballon.

*Mesuration des membranes après la délivrance, indiquant la situation du placenta par rapport à l'orifice utérin.*

1. 8/35.
2. N'a pas été faite.
3. N'a pas été faite.
4. 9/32.
5. 18/24.
6. 0/23. Écoulement sanguin assez abondant au moment du placement de l'appareil.
7. 5/27.
8. 3/34.
9. 10/36.
10. 11/29.
11. 0/38.
12. N'a pas été faite.

13. 0/30.
14. 6/23.
15. Déchirure très près du bord placentaire.
16. 0/29.
17. Membranes déchirées.
18. N'a pas été faite.

Il est fâcheux que cette mensuration n'ait pas été faite récisément dans les observations 2 et 12 qui sont les seules ù les membranes ont été rompues pendant le placement de appareil.

## IV. — MARCHE DU TRAVAIL. — MODE D'ACTION DU BALLON

Que se passe-t-il une fois le ballon introduit ?

Le ballon rempli plus ou moins complètement reste au oint où il s'est trouvé placé pendant le remplissage, tantôt droite, tantôt à gauche, rarement sur la ligne médiane ; il hasse dans l'une ou l'autre des fosses iliaques la région œtale située, avant son introduction, au-dessus du pubis.

Il remonte tout entier au-dessus de l'orifice interne qui orrespond à l'origine du tube de remplissage. La partie inféro-latérale du ballon est en rapport directement avec la paroi utérine : tout le reste du ballon est entouré, coiffé par les membranes qu'il a décollées de la paroi utérine en se développant et qui le maintiennent dans la situation qu'il a prise; au niveau de l'orifice interne du col, on ne sent que le tube de remplissage.

Pendant un temps variable après le placement du ballon on n'observe rien de particulier ; quelques femmes se sont plaintes d'une sensation de tension de la région hypogastrique; quelquefois des douleurs sourdes apparaissent immédiatement.

Le plus souvent au bout de trois ou quatre heures le travail se déclare franchement, et ordinairement il est très douloureux et marche rapidement. Sous l'influence des contractions on sent au début le segment inférieur qui bombe

peu à peu en même temps que le col s'efface et que le ballon commence à descendre : en combinant le palper avec le toucher on voit que l'appareil en descendant se place sur la ligne médiane.

Les contractions se multipliant, les bords de l'orifice externe s'amincissent; puis une portion de plus en plus considérable du ballon est sentie par le doigt autour de l'origine du tube. A partir du moment où pendant la contraction l'orifice atteint la dimension d'une pièce de cinq francs, la dilatation marche très vite ; brusquement, sous l'influence d'une contraction, la plus grande circonférence du ballon franchit l'orifice et le ballon tombe dans le vagin.

Ce qu on observe par le toucher est un peu différent suivant que l'on a *complètement* rempli le ballon d'emblée ou qu'on l'a *incomplètement* gonflé.

Le ballon *complètement rempli* a la consistance de la tête fœtale; il garde sa forme conique qui, grâce à l'incompressibilité du liquide et à l'inextensibilité des parois reste invariable ; s'il appuie sur le segment inférieur il produit une dilatation très rapide; il s'insinue dans le col comme un coin pendant la contraction et remonte quand celle-ci est terminée ; il donne la sensation d'une poche des eaux bien tendue et résistante.

Le ballon *incomplètement rempli* provoque un travail beaucoup plus lent au début : mais dès qu'une portion a franchi le col et reste dans le vagin la dilatation marche vite. Pendant l'intervalle des contractions cette portion procidente est plissée, flasque ; pendant la contraction au contraire, elle se tend, le liquide afflue et détermine au niveau de l'orifice une pression excentrique très efficace. Le ballon pendant la contraction prend la forme d'un bissac rétréci au niveau de l'orifice externe ; au moment où celui-ci est franchi on sent le col qui remonte au-dessus des grands diamètres du ballon.

Quoique la dilatation soit en somme moins rapide, lorsqu'on a au début rempli incomplètement le ballon, je crois qu'il vaut mieux agir ainsi.

La région fœtale se creuse un nid au niveau de sa base peu tendue; elle est repoussée moins haut et surtout on risque beaucoup moins, si j'en crois mon expérience. de voir se produire des procidences.

De plus, quand on emploie pour provoquer l'accouchement dans les bassins rétrécis les ballons volumineux que je conseille, il arrive que le ballon est retenu au-dessus du rétrécissement; il est comme suspendu au-dessus du segment inférieur sur lequel il ne presse pas, et le travail ne débute pas ou s'arrête; et ce qui montre bien que l'excès de volume du ballon est le véritable obstacle à la marche du travail, c'est qu'il suffit de retirer une partie du contenu pour que des contractions très efficaces se produisent. Si on réinjecte trop vite le liquide soustrait, le travail s'arrête de nouveau.

Avant de remplir le ballon il faut attendre qu'il soit assez descendu pour qu'il puisse se développer au-dessous du rétrécissement.

Je conseille donc d'injecter d'abord dans le ballon 100 gr. de moins qu'il n'est nécessaire pour le remplir. Si le travail tarde à se déclarer, on en retirera 50 gr. ou même 100 gr.

L'appareil en partie dégonflé devient de plus en plus malléable, de plus en plus flasque; il se moule à la forme du bassin et du segment inférieur comme le ferait une tête de fœtus macéré.

Il faut alors surveiller attentivement ce qui se passe au niveau du col, si l'on ne veut pas que le ballon tombe dans le vagin avant d'avoir produit la dilatation qu'on veut obtenir, comme cela est arrivé dans l'observation 12.

Au point de vue physiologique, ce qui arrive lorsque le ballon trop volumineux n'appuie pas sur le segment inférieur me paraît fort important : cela ne démontre-t-il pas que le réflexe qui détermine le début du travail part du voisinage de l'orifice interne, et que les phénomènes physiologiques de l'accouchement sont régis par des lois purement mécaniques ?

Au moment où la base du ballon menace de traverser

qui manque pour qu'il soit plein : il faut faire cette opération très doucement, en une ou plusieurs fois suivant les cas : mais je considère comme important qu'on fasse sortir de l'utérus le ballon *plein* de façon à avoir la dilatation la plus grande possible.

Quand le diamètre antéro-postérieur du bassin mesurera au moins 9 centim. il n'y aura guère lieu de tenir compte du bassin osseux pour le passage du ballon.

Entre 9 et 7 centim 1/2 il suffira de retirer une centaine de grammes du ballon que j'ai pris pour modèle pour qu'il traverse facilement le rétrécissement.

Entre 7 1/2 et 6 1/2 le bassin sera franchi sans effort s'il manque cent cinquante grammes.

Quand le bassin sera plus étroit ce sera par tâtonnements, en ôtant et réinjectant successivement de petites quantités de liquide, qu'on obtiendra la plus grande dilatation possible du col. On pourra même dans ces cas avoir des renseignements précieux sur l'étendue des diamètres utiles du bassin en calculant la circonférence du rétrécissement au moyen de la quantité de liquide contenu dans le ballon au moment ou celui-ci a pu franchir l'anneau ou le canal rétréci. On provoquera d'ailleurs rarement l'accouchement prématuré dans des bassins de moins de 7 centim.

Quand le ballon a franchi l'orifice externe la période d'expulsion commence; elle est très rapide toujours, même chez les primipares. Il y a un intérêt réel à avoir une dilatation aussi grande que possible du vagin et de la vulve; aussi je conseille de laisser le ballon rempli pendant toute cette période, de façon à lui assurer ses plus grandes dimensions.

La période d'expulsion se compose très nettement de deux temps; pendant le premier le périnée se distend et bombe de plus en plus; la boutonnière musculaire si bien décrite par Varnier s'ouvre, le coccyx est refoulé en arrière : le ballon avance et recule sous l'action des efforts, jusqu'à ce

que le détroit inférieur musculaire soit franchi ; alors l'appareil tout entier est hors du bassin osseux, en avant du coccyx qui l'empêche de retourner en arrière : en quelques instants, même chez les primipares, l'anneau vulvaire est franchi et le ballon projeté au dehors.

Le ballon agit à la manière de la poche des eaux : en dehors de l'augmentation de tension que son volume provoque et qui, contrairement à ce que je pensais théoriquement, est peu considérable, toute sa force de projection est lue à la contraction des muscles utérins et abdominaux : la puissance qu'il déploie contre les parois qu'il dilate est lonc presque tout entière empruntée à l'organisme maternel qui se comporte vis-à-vis de lui comme il ferait vis-à-vis d'un œuf entier peu volumineux, qui se présenterait au evant d'un second œuf bien développé dans un accouhement gémellaire où le premier fœtus serait mort et macéré.

Théoriquement il n'y a donc aucune raison pour que la ilatation ainsi faite soit dangereuse pour la mère, et en fet dans aucune des observations on n'a signalé de déchiire notable produite par le passage de l'appareil, et dans icun cas on n'a noté de suites de couches pathologques.

La dilatation du col est rapide ; dans les observations 2, 8, 10, où il s'agit de primipares chez qui on a provoqué ccouchement, le col s'est effacé et dilaté assez pour laisser sser les ballons dans un espace de temps qui n'a pas cédé 7 h. 15.

Les causes de la rapidité de la dilatation sont, je crois, ugmentation de tension agissant directement sur le segent inférieur de l'utérus et surtout la forme conique du llon.

L'augmentation de tension est par elle-même tout à fait suffisante à provoquer le travail : je n'en veux pour preuve e ce qui s'est passé dans l'observation 6 où une malade a rdé dans le ventre pendant 26 heures, sans éprouver

aucune gêne, un ballon de 0,25 centim. de circonférence.

Il faut que le ballon soit libre d'appuyer sur le segment inférieur, sous l'influence des contractions ; on pourrait sans inconvénient aucun, j'en suis sûr, accélérer considérablement la marche du travail en exerçant des tractions sur le tube de remplissage ; je n'ai pas voulu le faire, au moins pendant la dilatation du col, de façon à être autorisé à dire que je ne faisais rien qui ressemblât à l'accouchement forcé : mais je serais très disposé à conseiller ces tractions, au moins quand le travail tarderait à se déclarer comme dans les observations 6, 18, ou quand il subirait un temps d'arrêt considérable comme dans les observations 10, 11, temps d'arrêt dû à ce que le ballon n'appuie plus convenablement sur les bords de l'orifice.

Je rappelle que, dans l'observation 16, le Dr Pinard a obtenu en quelques minutes la dilatation du col et du canal vagino-vulvaire, chez une primipare, en tirant doucement sur le tube du ballon.

Aussitôt après l'expulsion du ballon il faut pratiquer le toucher manuel : on a constaté, dans toutes les observations sauf deux, que la dilatation du col était complète ou suffisante pour qu'on pût immédiatement terminer l'accouchement.

Dans les observations 6 et 15, le col qui venait de laisser passer un ballon volumineux s'est resserré aussitôt après ; je ne sais ce qui s'est passé dans l'observation 6, l'on a laissé l'accouchement se terminer spontanément 24 heures après l'expulsion de l'appareil.

Mais j'assistais à l'expulsion du ballon dans l'observation 15, et je constatai moi-même le rétrécissement de l'orifice à ce moment ; néanmoins il se dilata rapidement de nouveau et, deux heures après la sortie de l'appareil, je faisais une application de forceps sans rencontrer d'obstacle provenant des parties molles.

Le toucher manuel pratiqué immédiatement après la sortie du ballon donne des renseignements précis sur l'état du col et du segment inférieur, et aussi sur la région fœtale qui se présente. S'il n'y a pas de procidence, si la tête fléchie

heure ou deux abandonner le travail à lui-même ; on rompt les membranes si elles sont intactes.

Si l'utérus se contracte vaillamment, si le rétrécissement n'est pas trop considérable ou la tête pas trop volumineuse, elle descend dans l'excavation et l'accouchement se termine spontanément.

Si au bout d'un temps limité on voit que la tête ne descend pas, si le col se referme, on termine l'accouchement par une application de forceps ou une embryotomie ; il n'y a aucun intérêt à attendre.

Quand le siège se présente, si le rétrécissement n'est pas trop considérable, toujours il descend derrière le ballon et on n'a à intervenir que pour la sortie des épaules et de la tête.

S'il y a une complication comme une procidence du cordon, on est dans des conditions excellentes pour pratiquer la version.

Mon avis formel est qu'après la sortie du ballon on doit terminer l'accouchement, à moins qu'on ne juge qu'il va se terminer spontanément. *On doit se comporter comme on ferait pour le second fœtus dans un accouchement gémellaire.*

Nous n'avons pas à nous occuper de la délivrance.

En moyenne l'accouchement a été terminé spontanément ou artificiellement moins de douze heures après le placement de l'appareil.

A partir du moment où le travail d'expulsion du ballon a débuté, toujours il a marché rapidement ; il a duré moins de 6 heures en moyenne. Après la sortie du ballon on doit pouvoir terminer l'accouchement ; pour cela il suffit d'employer un appareil auquel on donne une circonférence de $0^{m},30$.

La patiente arrive au moment de la délivrance sans avoir été épuisée par de longnes heures de souffrance sans sommeil et sans nourriture ; l'enfant se trouve par là même dans des conditions excellentes.

Je rappelle qu'après l'expulsion du ballon on peut mesurer sa circonférence, et l'on est assuré qu'il n'a pu sortir que par un canal de dimensions égales aux siennes ; rien n'est plus facile que d'obtenir ce qu'on est convenu d'appeler une dilatation complète. Or, combien de fois dans les rétrécissements du bassin, après avoir attendu des heures et des journées que la dilatation soit suffisante, ne se laisse-t-on pas aller ou n'est-on pas entraîné à opérer avant la dilatation complète, au risque de voir s'ajouter à des obstacles inévitables provenant du bassin osseux, des difficultés quelquefois considérables provenant d'une dilatation incomplète des parties molles, difficultés qui doivent disparaître si l'on a fait avec un ballon de dimensions connues une dilatation préalable.

Trop souvent l'expectation prolongée, avant de permettre l'intervention, a produit dans la circulation utéro-placentaire des troubles qui compromettent gravement la vitalité de l'enfant.

Mon appareil est fils du ballon Tarnier ; puisse-t-il suivre la fortune de son père !

J'ai dit assez en quoi ils diffèrent l'un de l'autre pour n'avoir pas à y revenir.

Il a des liens de parenté avec les sacs de Barnes, mais en réalité il en est très différent ; le Prof. Barnes avec des sacs en forme de violons, de plus en plus gros et élastiques exerce sur les parois du canal cervical une pression excentrique continue qui amène une dilatation artificielle du col avant d'obtenir une voie suffisante pour terminer l'accouchement, il applique successivement deux et même trois de ses sacs ; il n'obtient pas en une fois avec certitude une dilatation complète ; de plus il agit seulement sur le col ; il n'apporte pas d'emblée, au-dessus de l'orifice interne, un corps étranger qui dilatera d'un coup sur son passage tout le canal génital. Au contraire, mon ballon une fois en place, je n'ai plus à intervenir jusqu'à son expulsion qui a lieu spontan-

ment; il ne peut sortir qu'après avoir créé sur tout son parcours une dilatation complète depuis le segment inférieur de l'utérus jusqu'à l'orifice vulvaire.

Quant aux vessies de porc employées par le Dr Hubert pour accélérer la dilatation du col, elles ne pénètrent dans l'utérus qu'accidentellement; elles ne sont pas, de propos délibéré, gonflées dans l'intérieur de la cavité utérine; elles diffèrent complètement de mon ballon comme qualités essentielles. Le Dr Hubert recherche pour son appareil la plus grande élasticité possible; j'emprunte à l'inextensibilité du mien le résultat que j'apprécie le plus dans le procédé que je préconise, à savoir la certitude que, pour la sortie d'un fœtus, je viens d'ouvrir une voie de *dimension déterminée.*

Je crois pouvoir en dire autant du double ballon du Dr Chassagny, employé comme *appareil dilatateur.*

Je veux aller au devant d'un certain nombre d'objections qui se présentent tout d'abord à l'esprit.

Ne risque-t-on pas :

1° De rompre les membranes soit en introduisant le ballon, soit en le remplissant;

2° De décoller le placenta;

3° D'augmenter d'une façon dangereuse la tension dans l'intérieur de la cavité utérine;

4° De déplacer la partie fœtale qui se présente;

5° Par conséquent de favoriser la procidence du cordon et les membres.

Examinons rapidement chacune de ces objections.

1° *Rupture des membranes.* — Cet accident s'est produit rarement : 2 fois sur 18 observations; ni dans un cas ni dans l'autre il n'a présenté d'inconvénient soit pour la mère, soit pour l'enfant; le ballon sert de tampon et empêche le liquide de s'écouler en grande quantité, et d'autre part la dilatation est assez rapide pour que le fœtus ne puisse guère souffrir d'une rupture prématurée; en assurant une dilatation complète rapide, on évite, je crois, les inconvénients de la rupture prématurée.

sans crainte à ce sujet, les premières fois que j'ai introduit et rempli mes ballons ; mais j'agis en toute sécurité depuis que j'ai vu le ballon trouver sa place à côté, tout à côté du placenta sans provoquer d'hémorrhagies, comme dans les observations 6, 11, 13, 16 où le placenta était tangent à l'orifice de déchirure des membranes après l'accouchement.

D'ailleurs si je sentais le placenta sur mon passage lorsque j'explore directement le segment inférieur comme je le fais toujours, ou je m'abstiendrais, ou je prendrais une autre route, ou plutôt encore je romprais les membranes et introduirais le ballon dans la cavité de l'œuf.

J'agirais de même si pendant l'introduction ou le remplissage il survenait une hémorrhagie de quelque importance. L'observation 1 est la seule dans laquelle on ait observé au moment du placement du ballon un écoulement de sang notable ; il s'arrêta aussitôt qu'on eût commencé à remplir le ballon.

3° *Augmentation de la tension dans l'intérieur de la cavité utérine.* — Cette augmentation est peu considérable à en juger par le peu de force que l'on a à déployer pour pousser le liquide dans le ballon ; en dehors des contractions, et il faut s'arrêter immédiatement s'il en survient une, le liquide pénètre sous une pression minime.

Dans aucun cas cette augmentation de tension ne paraît avoir été nuisible ; dans l'observation 17 où le ballon a été placé chez une malade en état d'asphyxie, la gêne de la respiration n'a pas été sensiblement accrue. C'est à elle cependant que je serais tenté d'attribuer, au moins en grande partie, ce fait que j'ai signalé; à savoir que le travail est très douloureux.

4° *La partie fœtale qui se présente est déplacée.* — Cela est incontestable, mais je ferai observer que dans les rétrécissements du bassin, avant le travail, alors que l'on provoque l'accouchement, il n'y a pas, à proprement parler, de présentation, et que l'on sera mal venu à me reprocher

tanément ; j'ajouter
vations nous avon
dans l'attitude que r
fois le ballon expul
du détroit, supérieu
trouvait au momen
tait, il serait toujo
qu'on n'y réussît pa
verait dans d'excell
par manœuvres inte

5° *Procidence du*
ces sont en effet f
étrangers volumine

Dans trois de no
ces au moment de l
présentation du so
bras qui fut réduite
dilatation étant con

Dans l'observatic
avec procidence du
avec la main, bien
depuis longtemps.

Dans l'observatio
tence avait été con
sista après sa sorti
assez facilement réd
j'avais amené jusqu
par une application

Dans l'observati
ballon, une procide
spontanément, car
l'appareil.

Dans ces 4 cas le

Dans deux seule
cause de la procide

Si le toucher manuel pratiqué aussitôt après la sortie du ballon fait constater l'existence d'une procidence, il faut de suite essayer la rétropulsion ; si on échoue, la version par manœuvres internes est toute indiquée et les conditions pour la réussir sont excellentes.

Pour éviter la production des procidences, j'ai fait construire des ballons surmontés d'une couronne dans l'ouverture de laquelle la tête pouvait se loger : j'ai renoncé à leur emploi parce qu'il était très compliqué. Je crois qu'en remplissant *incomplètement* le ballon jusqu'au moment où il va sortir de l'utérus j'arriverai au même résultat.

En somme l'enfant se trouve placé dans les mêmes conditions que le second fœtus dans l'accouchement gémellaire : il a tous les avantages de cette situation : par contre il supporte une partie de ses inconvénients.

## V. — INDICATIONS

L'indication principale est la provocation de l'accouchement pour un rétrécissement du bassin.

C'est cette indication que j'ai toujours eue en vue, ne considérant les autres que comme accessoires. Sur les 18 observations que je publie, 16 ont trait à des rétrécissements du bassin.

Dans 14 de ces cas le ballon a servi à provoquer le travail et à dilater les parties génitales; dans 2 cas le travail ayant débuté avant son introduction il a eu pour but d'en accélérer la marche et d'amener une dilatation rapide.

C'est dans les bassins rétrécis que ma méthode me paraît surtout avantageuse en provoquant sûrement l'accouchement à jour fixe, en produisant rapidement une dilatation complète des parties molles, enfin en donnant des renseignements utiles sur les diamètres de la filière rétrécie du bassin.

Mais toutes les fois qu'aucune partie fœtale volumineuse n'étant engagée dans l'excavation, on reconnaît qu'il y a

intérêt a provoquer le travail où à le mener rapidement, je propose l'emploi de mon appareil.

Cette indication se rencontrera.

1° Dans quelques cas d'hydramnios où je conseillerai alors de rompre les membranes en même temps qu'on place le ballon;

2° Dans les accidents gravido-cardiaques comme dans l'obs. 17;

3° Dans les cas d'albuminurie grave nécessitant l'interruption de la grossesse;

4° Dans le cas de présentation de l'épaule au début du travail, les membranes étant rompues, la version par manœuvres internes étant rendue impossible par la rétraction de l'utérus sans toutefois que l'épaule soit engagée, afin de hâter à la fois la dilatation et d'empêcher l'épaule de descendre;

5° Dans le cas de rétention d'un fœtus mort qui se putréfie dans l'utérus comme dans l'observation 18;

6° Dans le cas de rétention du placenta, pour rouvrir l'utérus, lorsqu'il y a des phénomènes septiques graves;

7° Enfin je serais très disposé dans un cas d'hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta, même avant tout début de travail, à rompre les membranes là où je pourrai les atteindre et à placer un ballon dans la cavité de l'œuf : je suis convaincu que le ballon fera un excellent tamponnement, tout en amenant un travail rapide, remplissant toutes les conditions pour avoir dans ces cas graves le meilleur résultat possible en ce qui concerne l'enfant aussi bien que la mère.

## VI. — OBSERVATIONS (1)

## VII. — CONCLUSIONS

I. — Lorsque l'excavation est vide on peut dans le 8e et le 9e mois de la grossesse et probablement plus tôt, introduire

(1) Les observations sont publiées dans le Mémoire complet qui paraîtra sous peu à la librairie Steinheil.

dans l'utérus, au-dessus de l'orifice interne, un ballon imperméable à parois inextensibles qui, rempli de liquide, prendra la consistance d'une tête fœtale et des dimensions aussi grandes que celles que le fœtus présentera à la filière pelvienne lors de l'accouchement.

II. — Par ce moyen on peut provoquer sûrement le travail.

III. — L'expulsion spontanée du ballon se fait en général en moins de 12 heures.

IV. — Aussitôt après la sortie du ballon l'expulsion ou l'extraction du fœtus est possible ; du côté des parties molles le fœtus ne rencontrera plus d'obstacle ; les opérations, s'il y a lieu d'en faire, se pratiqueront dans un canal génital largement dilaté depuis l'orifice interne du col jusqu'à la vulve.

---

## FIBROME UTÉRIN COMPLIQUANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

Par le docteur **Turgard**, de Lille.

Sans être absolument rares, les cas de tumeurs fibreuses compliquant la grossesse ne sont pas extrêmement communs. et, d'autre part, la conduite à tenir dans ces cas a donné lieu à assez de discussions pour qu'il m'ait paru intéressant de publier l'observation suivante.

### OBSERVATION

La femme Leblanc était arrivée au 7e mois de sa sixième grossesse, lorsque je fus mandé près d'elle le 1er avril 1885.

C'est une femme blonde, 28 ans, pâle, chloro-anémique qui, en dehors de l'état de gravidité, a toujours été assez bien réglée et n'a jamais eu d'hémorrhagies utérines.

Ses cinq grossesses précédentes sont arrivées à terme et se sont terminées par des accouchements normaux. La grossesse actuelle n'avait rien présenté de particulier, lorsque, dans la nuit du 1er avril, elle fut prise de douleurs et crut sentir son enfant se dé-

placer brusquement. Je la vis ce même jour, vers deux heures de l'après-midi.

Les douleurs étaient peu fréquentes et peu intenses, le palper me fit reconnaître la tête dans la fosse iliaque droite, les pieds en avant dans le flanc gauche. Au toucher je trouvai le col effacé et dilaté environ comme une pièce de 5 francs, les membranes peu tendues étaient intactes et je pus sentir le coude engagé dans le col. Le diagnostic était facile, je me trouvais en face d'une présentation du tronc en céphalo-iliaque droite de l'épaule droite.

Les membranes n'étant pas rompues, je me mis en devoir de pratiquer la version par manœuvres externes. L'opération fut des plus simples et le fœtus évolua sans difficulté sous la pression des deux mains dont l'une appuyait sur la tête pour la faire descendre pendant que l'autre repoussait le siège en haut vers le fond de l'utérus.

Je pus m'assurer immédiatement que le fœtus était bien en présentation du sommet.

Je placai aussitôt un bandage de corps avec des coussins latéraux pour maintenir la réduction et ordonnai une potion et un lavement laudanisé.

Le lendemain la présentation céphalique s'était maintenue, les douleurs avaient cessé et le col était refermé.

Le bassin était normal et il n'y avait pas d'hydramnios, rien pendant l'examen ne me fit soupçonner la présence d'une tumeur dans l'abdomen, il n'y en avait certainement pas dans l'excavation, la cause de la présentation transversale m'échappait donc.

Il ne se passa rien d'anormal jusqu'à la fin de la grossesse et le 28 mai le travail se déclara dans la soirée.

La sage-femme qui fut alors appelée me fit prier dans la nuit de venir terminer l'accouchement, car il y avait, disait-elle, une tumeur qui plongeait dans l'excavation et empêchait la progression de la tête.

Le toucher me fit reconnaître la vérité de son assertion. En effet, dans la concavité du sacrum se trouvait une tumeur lisse, un peu aplatie, antéro-postérieurement, de la grosseur du poing environ, et remplissant le cul-de-sac recto-utérin ; au-dessus on pouvait reconnaître le col dilaté et la tête du fœtus mobile au niveau du détroit supérieur. La tumeur me parut assez résistante, mais il était difficile de dire si c'était une tumeur solide ramollie ou une

tumeur liquide dont la compression exercée par la tête aurait tendu outre mesure les parois. La sage-femme me dit bien qu'elle avait trouvé cette tumeur beaucoup plus dure au commencement du travail, ce qui me faisait supposer que j'avais affaire à un fibrome ramolli plutôt qu'à un kyste de l'ovaire. Cependant, comme il me semblait trouver de la fluctuation au point le plus saillant, je me décidai, après avoir fait une application de forceps infructueuse, à ponctionner la tumeur, ce que je fis avec le trocart capillaire de l'appareil de Potain. La ponction ne donna issue qu'à deux cuillérées à soupe environ de liquide incolore, ce qui n'influa guère sur le volume de la tumeur, mais confirma le diagnostic de fibrome sous-péritonéal.

Je tentai de repousser celui-ci au-dessus du détroit supérieur, mais je refoulais en même temps la tête qui le chassait de nouveau devant elle à la première contraction. Voici le moyen que j'employai alors pour mener à bien l'accouchement. Après avoir appliqué le forceps, j'en confiai les branches à la sage-femme en lui recommandant de n'exercer de tractions que suivant mes indications. Puis, introduisant deux doigts dans le vagin et deux doigts de l'autre main dans le rectum, je repoussai en haut la tumeur et j'ordonnai à la sage-femme de tirer. L'effet attendu se produisit, nous sentîmes un ressaut, la tumeur s'échappa dans l'abdomen en même temps que le fibrome prenait sa place au détroit supérieur.

Reprenant alors le forceps j'amenai facilement un enfant vivant. La délivrance se fit sans difficulté, les suites de couches furent normales et huit jours plus tard la mère était sur pied. Elle est encore actuellement bien portante ainsi que son enfant.

J'ai eu depuis à plusieurs reprises l'occasion d'examiner cette femme et je n'ai jamais pu sentir sa tumeur.

Il est probable qu'elle aura, ainsi que cela arrive souvent, suivi le mouvement d'involution de l'utérus et aura, sinon disparu, au moins diminué considérablement de volume.

Nous voyons dans cette observation un corps fibreux qui a passé absolument inaperçu, non seulement jusqu'à la grossesse, mais même pendant la durée de celle-ci, bien que la gestation ait failli être interrompue et qu'il ait fallu procéder à un examen sérieux de la femme et employer, dans le but de changer la présentation, des manœuvres obstétricales

qui auraient dû, semble-t-il, faire découvrir la présence de la tumeur.

Que le myôme utérin sous-péritonéal reste latent hors l'état de gravidité, cela n'a rien d'exceptionnel et bien des femmes portent des fibromes sans même s'en douter.

Naguère encore j'étais appelé près d'une femme qui, subitement, avait été prise de rétention d'urine. Au palper je trouve sur le côté de l'utérus, près de la corne droite, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, un autre fibrome paraît occuper le fond de l'utérus, et au toucher j'en trouve un troisième largement implanté sur la lèvre postérieure du col et empiétant sur le segment inférieur, de la grosseur d'une orange et situé dans l'excavation. C'est ce dernier qui, grâce à un certain degré de réplétion de la vessie, faisait basculer l'utérus en arrière et, portant le col en avant, causait l'aplatissement de l'urèthre et l'obstacle à l'émission de l'urine; or cette femme n'avait jamais souffert de son fibrome, ses règles étaient régulières et sa santé était excellente.

Il est plus rare de voir ces tumeurs accompagner la grossesse sans manifester leur présence par aucun signe.

« Dans certaines circonstances, dit Lefour (1), il peut « arriver qu'une tumeur fibreuse de l'utérus complique la « grossesse et l'accouchement sans que ni la malade qui en « est atteinte, ni le médecin dont l'attention n'a pas été « attirée sur ce point s'en soient aperçus : tels sont les cas « où le fibrome n'a jamais donné lieu à aucun phénomène « pathologique pendant la grossesse actuelle. Mais ce sont « là des cas exceptionnels que nous voulions simplement « mentionner. »

Il est évident que ce seront les fibromes sous-péritonéaux qui auront le plus de chances de rester ainsi silencieux, à condition toutefois qu'ils soient logés dans la cavité abdominale et qu'ils ne donnent pas lieu à des poussées de péritonite.

(1) Les fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement (Thèse d'agrégation, 1880).

Un second point qui me semble digne d'attirer l'attention, c'est la mutation de présentation qui paraît s'être produite chez notre malade au 7e mois de sa grossesse. En effet, la malade prétendait avoir senti la veille son enfant se déplacer brusquement, *se décrocher*, pour employer son expression, et le lendemain je trouvais une présentation du tronc avec un commencement de travail. Je n'avais jamais vu cette femme auparavant, mais je suppose, et cette hypothèse me paraît parfaitement acceptable, qu'il y a eu là une de ces mutations de présentation dont Gueniot, Charpentier, Mangiagalli ont rapporté des exemples. On comprend, en effet, que deux tumeurs arrondies, la tête fœtale et le fibrome, se trouvant dans un même plan antéro-postérieur, soient dans un état d'équilibre instable. Il suffira de la pression exercée par les parois abdominales sous l'influence d'un effort pour que la plus mobile se déplace et la plus mobile sera le plus souvent la tête. Ou bien elles se déplacent toutes deux, l'une à droite, l'autre à gauche, mais le résultat n'en est pas moins le même, c'est-à-dire que la tête se trouve chassée du détroit supérieur. C'est ce qui explique la grande fréquence des présentations du tronc dans le cas de myômes utérins.

En effet les statistiques réunies de Toloczinow, Susseroit, Nauss et Lefour, dans les cas de tumeurs fibreuses d'une part, et celles de Paul Dubois et de Depaul dans les cas normaux d'autre part, nous donnent les proportions suivantes dans les différentes présentations.

| PRÉSENTATIONS | CAS NORMAUX | CAS COMPLIQUÉS DE TUMEURS FIBREUSES |
|---|---|---|
| Sommet..... | 93 0/0 | 53.72 0/0 |
| Siège..... | 4.05 0/0 | 27.09 0/0 |
| Tronc..... | 0.90 0/0 | 18.99 0/0 |

Je n'ai pas remarqué dans ce cas l'inertie utérine signalée par quelques auteurs. La lenteur du travail était due ici à l'obstacle mécanique. Je ne vois pas d'ailleurs en quoi un fibrome sous-séreux pédiculé pourrait apporter un obstacle

à la contractilité des
les cas de fibromes i
pour ainsi dire les
raient à leur raccou
cas d'inertie utérine
sous-séreux sessile
le milieu du bord g
heures, le travail n'a
sant et le liquide amn
une présentation du
Mais cette dame, pri
et pendant les premi
il y eut une distensio
fébrile ou douloure
conséquent, la lente
plus, attribuable au

Un point de diagn
culté consiste à rec
la tumeur qui plong
le fait de la grosses
Depaul, un assoupl
physiologique qui er
qu'on a pu examine
diagnostic sera sou
commencé depuis u
fausse fluctuation q
solide ramollie et
seraient tendues d'u
ver de la fluctuatio
nôtre était de ceux
remplies de liquide (

Le diagnostic a i
certitude d'avoir aff
de ponctionner, opé
qui pourrait être ind
ductible.

Spencer Wells (1) cite le passage suivant d'un mémoire présenté à la Société obstétricale d'Édimbourg (1882) par M. Madge.

Mme H., âgée de 27 ans, primipare, robuste et bien conformée, était arrivée au terme normal de la grossesse lorsque, dans la matinée du 28 mai, elle commença à ressentir les douleurs de la parturition. En l'examinant l'après-midi, je trouvai dans le bassin une tumeur arrondie qui paraissait avoir les dimensions d'une tête d'enfant et qui repoussait en haut et en avant la paroi postérieure du vagin. Elle était située très bas dans le bassin, descendait au moment où l'utérus se contractait et remontait ensuite. Elle semblait remplir complètement l'excavation pelvienne, de sorte qu'il était impossible de passer le doigt entre la masse et les parois.

Le surlendemain je fis chercher MM. West, Spencer Wells et Newton ; les douleurs devenaient plus fréquentes et comme la tumeur paraissait molle en certains endroits, on y enfonça un trocart qui ne donna issue qu'à une petite quantité de liquide. On avait essayé en vain auparavant de repousser la tumeur en haut. La malade ayant été chloroformisée, on agrandit l'ouverture faite dans la tumeur et M. Spencer Wells parvint alors à la repousser en haut. L'enfant qui se présentait par le siège fut extrait à l'aide du crochet mousse ; il mourut peu après sans avoir respiré.

... La malade mourut le troisième jour.

Dans ce cas, ajoute Spencer Wells, on avait ponctionné la tumeur par le vagin au moyen d'un trocart avant de la repousser en haut. Il va sans dire qu'il faut s'abstenir de ponctionner quand on est sûr que la masse est solide.

La conduite tenue dans ce cas montre donc que l'on n'était pas sûr que la masse fût solide et le doute chez des chirurgiens de cette valeur prouve que le diagnostic n'est pas tou-

(1) Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales. Traduction Keser, 1885.

dans les notes de Cazeaux, dit : « Il faut savoir aussi que pendant la grossesse, les tumeurs fibreuses se ramollissent quelquefois au point de simuler à merveille des tumeurs liquides.

Dans le cas où l'on se croira autorisé à pratiquer la ponction, je crois que l'on réduira au minimum les dangers de cette petite opération en employant un trocart capillaire bien antiseptique et l'aspiration.

J'arrive maintenant à la question de l'intervention pendant le travail. Je n'ai pas l'intention de passer en revue tous les cas de tumeurs fibreuses, je ne m'occuperai que des fibromes sous-péritonéaux. Ici trois questions se posent : 1° Doit-on intervenir ? 2° à quel moment doit-on intervenir ? 3° à quel mode d'intervention doit-on avoir recours ?

1° Doit-on intervenir ? Avant de se décider à une intervention il y a un certain nombre de circonstances dont il importera de tenir compte : le siège et le volume de la tumeur, sa consistance, le moment de la grossesse où le travail se déclare, le volume présumé du fœtus, son état de vie ou de mort.

« Pour qu'un fibrome puisse devenir un obstacle sérieux « à l'accouchement, il faut qu'il soit descendu dans l'excava- « tion ou du moins dans l'ouverture du détroit supérieur. Il « faut, de plus, qu'il ait un certain volume que j'estime, très « arbitrairement je l'avoue, à celui d'un œuf de poule. » (1).

On conçoit en effet qu'un corps fibreux même assez volumineux qui resterait logé dans l'abdomen n'apporterait guère d'obstacle à l'accouchement.

D'un autre côté, si le corps fibreux plongeant dans l'excavation ou occupant le détroit supérieur, ne dépasse que peu ou point le volume minimum fixé par M. Tarnier, on pourra compter sur les ressources dont dispose la nature pour mener l'accouchement à bonne fin, et en particulier sur le

---

(1) TARNIER. Discours à la Société de chirurgie (in thèse de Lefour).

bassin.

Si d'un autre côté le travail se déclare à une époque assez peu avancée de la grossesse ou que le fœtus, bien qu'à terme, soit supposé très petit, on aura encore chance de voir le travail se terminer grâce aux seuls efforts de l'organisme.

Si en particulier le fœus est mort et macéré, on pourra espérer voir ces différentes parties subir un ramollissement tel qu'elles deviennent assez réductibles pour traverser ainsi qu'un linge mouillé, suivant l'expression de M. Guéniot, un canal extrêmement étroit. Voir aussi un cas communiqué par M. Porak à la Société obstétricale de gynéc. de Paris, séance du 8 mars et du 12 avril.

Mais la tumeur est volumineuse, le fœtus est à terme et vivant; même dans ces cas on ne devra pas désespérer de voir l'accouchement se terminer spontanément. Nous voyons en effet dans une observation de Depaul une tumeur qui occupait les deux tiers de l'excavation remonter dans l'abdomen et permettre l'accouchement presque spontané d'un enfant vivant.

M. Guéniot a publié une observation plus remarquable encore où une tumeur remplissant à peu près toute l'étendue du petit bassin remonta elle aussi dans l'abdomen, bien qu'il y eût des adhérences, et permit l'expulsion à terme d'un fœtus vivant pesant 3 kilog. 550 grammes. Il y a encore six ou sept observations analogues. Il est bon de les connaître, mais il faut savoir que ces faits sont exceptionnels. Plus exceptionnels encore sont les cas où la tumeur, au lieu de remonter dans l'excavation, a été poussée en avant de la tête jusqu'à l'orifice vulvaire et a permis ainsi l'accouchement spontané.

A côté de ces cas heureux il en est d'autres beaucoup plus nombreux dans lesquels l'intervention a été nécessaire et quelquefois même inefficace.

2° Mais en quoi consistera l'intervention ?

entrer en ligne de cc
tervention. En géné
ment par les voies n
ceps, soit à la vers
que comme dernière
section césarienne o

Lorsque le fibrom
règle et l'accouchen
Une opération simpl
chement traînait en l
mineux, de la grosse
le plus souvent néce
le plus salutaire. On
vention, tâcher de r
supérieur, imitant e
spontané. Mais com
devant lui la partie
préalable non pas de
de traction sur elle a
place laissée libre p
sous de celle-ci au n
est que dans les cas
porter on se trouver
*sir la tête avec le fo*
*ser en haut la tu*
celle-ci élevée dans

J'insiste sur ce pc
avant que la tumeu
c'est là l'essence m
ffet il a pour but de
uer en sens inverse

---

(1) Cependant l'opérati
ourrait être discutée, m
ative que cette opératio

pelvienne, dans laquelle les deux tumeurs se compriment réciproquement et s'immobilisent mutuellement, mais nous trouvons la paroi abdominale antérieure qui se laisse distendre et se prête à leur évolution.

Si l'on était dépourvu d'aides suffisamment intelligents, on pourrait même *peut-être* se contenter de fixer le forceps sur la tête (soit avec la vis de pression si l'on emploie le forceps Tarnier, soit simplement avec un lien quelconque appliqué sur les manches du forceps ordinaire) ; puis, après avoir réduit le fibrome le maintenir dans l'abdomen avec quelques doigts introduits dans le vagin, tandis qu'avec l'autre main on exercerait les tractions nécessaires sur les branches du forceps. Une fois que le grand diamètre de la tête aura franchi celui de la tumeur les deux mains redeviendront libres et les tractions exercées ne pourront que faire remonter davantage le fibrome.

Ainsi : 1° Appliquer le forceps sur la tête ; 2° repousser dans l'abdomen et la tumeur et la tête ainsi saisie ; 3° maintenir la tumeur et tâcher d'engager la tête au-dessous d'elle ; tels sont les 3 premiers temps de l'opération. Le reste se passe comme dans une application de forceps ordinaire.

Dans les cas de présentation du siège ou du tronc, ou si par préférence ou par nécessité, on avait recours à la version, on pourrait employer un procédé analogue, aller à la recherche du pied, y appliquer un lacs, puis la tumeur étant maintenue réduite dans l'abdomen engager le tronc du fœtus.

Ce procédé sans doute ne réussira pas toujours, mais je crois qu'il est appelé à rendre service dans certains cas.

Les accoucheurs anglais, Simpson en tête, et M. Tarnier en France donnent la préférence à la version sur le forceps.

M. Tarnier appuie sur deux raisons la supériorité de la version ; la première c'est qu'en introduisant la main dans l'utérus on prépare sciemment ou sans le savoir la réduction de la tumeur utérine. La seconde c'est que la réduction

commencée par l'in
à la dilatation progre
fœtales de plus en
coin de Simpson.

Il n'y a rien à obje
professeur, mais il n
de l'objection suivai

Le fœtus représen
trémité est figurée p
tête. Mais le fibromer
extrémité amincie (
haut. Si l'on fait la v
en sens inverse, la r
fœtus descendra et
ment. C'est quelque
que dans l'accouche
sentant par les pieds
celle du premier ait f

C'est surtout dans
mineux que l'on de
l'intervention devant
psie) ou très dangere
il faut laisser aux re
tout ce qu'elles pou
duite dont les maîtr
deux cas de Depaul
consultants, et c'étai
et Guéniot, dans l'a
résolutions suivante
2° faire une large pa
efforts naturels ; 3° l
pour désobstruer le l
césarienne dans le c
Nous avons vu que
mieux, mais je crois

ces quelques lignes la conduite de l'accoucheur dans ces cas difficiles (1).

Ajoutons cependant que dans le cas où la mort du fœtus serait bien constatée on serait autorisé, si la chose était possible, à faire la céphalotripsie répétée sans tractions, recommandée par le Prof. Pajot.

3° Enfin, quand doit-on intervenir ?

Il est impossible de tracer des règles précises. C'est à l'accoucheur à apprécier les chances plus ou moins favorables, mais si au bout d'un certain temps qui pourra varier avec chaque cas, il voit que la tumeur ne présente ni assouplissement assez considérable ni tendance à se mobiliser, il devra intervenir sans attendre que la femme se soit épuisée en de vains efforts, car alors il peut avoir à redouter soit l'inertie utérine qui serait une menace d'hémorrhagie au moment de la délivrance, soit des contractions tétaniques de l'utérus qui constitueraient une complication grave dans un accouchement déjà difficile. Ici donc c'est l'état général de la mère et les contractions utérines qui devront servir de guide.

---

# REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 23 octobre.*

*Présentations :* Guéniot. **Un placenta double** provenant d'une grossesse simple. Le présentateur communique en même temps une note dans laquelle il met en relief les différences qui existent entre ces placentas vraiment multiples, et les placentas qui ne sont accompagnés que de cotylédons, erratiques en quelque sorte, *cotylédons accessoires.* Dans ce dernier cas, le ou les cotylédons accessoires sont reliés à la masse principale par un pont membraneux, et ils sont nourris aux dépens des vaisseaux de cette dernière.

---

(1) Voir deux cas de Porak (Société obst. et gyn de Paris, séance du 12 avril

Dans l'autre, au cc
*sensiblement égai*
*reil vasculaire pr*

Pour ce qui a tra
rare, l'auteur fait
cité vraie, puisque
indépendant, ce n'
mer l'existence de
aussi impuissante
la matrice. Et cepe
rielle et de sa gra
indispensable à re
cotylédon, soit d'ur
c'est à l'inspection
don qui, en pareil
nes, aura peut-êtr
importe essentielle
cation à ce niveau
duira droit au diag

Enfin, au point d
qu'il ne serait pas
expulsé un placent

OLIVIER. **Note su**
**filles**. — Cette co
petite épidémie de
Jésus, dans la sect
au début, que 2 pet
bout de 4 semaines
apparurent, et on e
soit pas effectuée di
du fait que les pr
atteintes couchaien
maladie ait pu se p
par la raison que l
malades, se servai
mêmes linges, des
d'aisance étaient co
obligées de s'asseoi
D'autre part, la na

seul fait qu'il suffit pour la voir disparaître de prendre des mesures prophylactiques, qui n'auraient eu aucune efficacité s'il se fût agi d'une endémie développée sous l'influence de la même cause générale. Ainsi, après chaque pansement, les infirmières furent obligées de se laver très soigneusement les mains avec des liquides antiseptiques ; au lieu d'éponges, on se servit de coton hydrophile qui fut immédiatement détruit ; les mêmes précautions antiseptiques furent prises à l'égard des vases de nuit et des cabinets. Dès le moment où ces mesures furent mises en vigueur, pas un seul cas nouveau de vaginite ne se produisit. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1888, n° 13.)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 11 juillet.*

*Présentations :* TERRILLON. — **Deux salpingites avec ovarites,** enlevées le matin même.

POLAILLON. — a) **Kysto-sarcome du ligament large,** avec l'ovaire et la trompe correspondants, *guérison ;* b) **Salpingite double et ovarite suppurée à droite.**

NICAISE. — Un **Spéculum court,** modèle Cusco raccourci.

RICHELOT. — Lit une observation de **kyste du vagin.** La tumeur, assez volumineuse, mesurant suivant son axe longitudinal 12 cm. et suivant son axe transversal de 1-5 cm. avait débuté deux années auparavant. Développée dans le cul-de-sac gauche, elle occupait en outre les parois antérieure, latérale et postérieure de ce côté. — Élastique, fluctuante, elle avait donné issue, après ponction capillaire, à un liquide filant, visqueux, très peu trouble. Se réduisant spontanément au début rien que par le décubitus horizontal, elle n'était plus réductible que par les manœuvres du chirurgien, causait une grande gêne à la femme qui en était atteinte, laquelle était âgée de 36 ans et secondipare. *Opération* · Incision et extirpation du kyste. Drainage, sutures au catgut, tampons iodoformés et, comme intervention complémentaire, indiquée par un certain degré de prolapsus de la paroi vaginale antérieure, colpo-périnéorrhaphie. *Guérison complète.*

*Examen histologique.* — La paroi du kyste est composée de 2 couches : a) la plus considérable, externe, est constituée par des

faisceaux de tissu co
Par quelques fibres
est formée par un ép
étroites, présentant un
trémité libre. Quelques
dans cette couche, qui p
pressions anfractueuses.

Suivent les réflexions s

« La nature de cet épith
cation suffisante de la nat
sujet sur lequel les auteurs

M. Verneuil admet que les
mation analogue à celle des
s'il en était ainsi, ne trouve
pavimenteux sur la paroi du k

Pour d'autres auteurs, et Vi
raient une origine glandulaire
muqueuse vaginale ne présente

Winckel rapporte leur origine
hématomes développés dans les
ques. Ni le contenu, ni la structur
ne donnent raison à cette théorie.

Nous trouvons enfin une opinio
admet que les kystes profonds du va
des canaux de Gartner, restes du ca
dans quelques circonstances, persist
femme. L'existence de l'épithélium cy
valeur à cette opinion. On pourrait en
ont un développement analogue à ce
c'est-à-dire qu'ils se produisent par inva
les épithéliales dans les parois mêmes d
dans certains cas, une tendance à la mul
(*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*

---

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

*Octobre et novembre* 18

M. Pilliet a décrit un **tératome prévertéb**

baire. M. Tuffier avait tenté la laparotomie pour cette tumeur, qu'il avait prise pour un kyste de l'ovaire.

M. Mauclaire fait voir un **kyste tubo-ovarique** pour lequel la théorie d'Ad. Richard (développement d'une vésicule de de Graaf dans la trompe accolée à l'ovaire) est celle qui lui paraît le plus vraisemblable.

M. P. Petit présente un **fibro-myxome** de l'ovaire.

M. Vaquez communique un cas de **grossesse extra-utérine** où le kyste fœtal s'est rompu au 3e mois. De là, mort par hémorrhagie et péritonite (voir une observation analogue de M. Reboul, en juillet 1888).

A. Broca.

---

RAPPORT SUR LES SÉANCES DE LA SECTION DE GYNÉCOLOGIE du 61e, CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMAMDS A KÖLN

17-23 *septembre* 1888.

Meinert. **De la périnéorraphie d'après la méthode de L. Tait.** — L'auteur fait une communication sur la méthode de *périnéorraphie à lambeaux* à laquelle on donne aussi le nom de Tait. Il fait remarquer que Tait a eu recours, à différentes reprises, à quatre procédés, mais ne différant que très peu les uns des autres, et qui sont tous basés sur le principe suivant : *détruire la cicatrice ancienne et amener les parties cruentées vis-à-vis les unes des autres dans des rapports tels, qu'ils reproduisent approximativement les conditions qui existaient immédiatement après la déchirure.* Cela obtenu, il faut réunir les parties correspondantes. L'auteur a, dans 24 cas, appliqué la méthode à lambeaux, et 23 fois il y a eu réunion par première intention; encore rapporte-t-il l'échec unique à une faute d'exécution, facile à éviter.

*Discussion* : Frank, Schmidt, Meinert, Freund.

Meinert. **Suture au catgut, sûre, dans l'opération d'Emmet pour les déchirures du col.** Il a substitué aux substances ordinairement employées (fil métallique, soie) le catgut. En premier lieu, il conduit une première série de fils, exactement suivant les règles indiquées par Emmet. Puis, il procède à la suture qui caractérise sa méthode ; fils de catgut, traversant d'avant en arrière, et de chaque côté, la portion vaginale ; passant ensuite à travers l'orifice central

de plaquettes de plomb, sur lesquelles ils sont assujettis au moyen de grains de plomb écrasés. Cette suture constitue une sauvegarde contre les hémorrhagies secondaires, et peut être pratiquée dans les cas, non rares, de fissure longitudinale du col où la suture interrompue est irréalisable. Dans 25 cas traités suivant cette méthode, la réunion par première intention a été obtenue.

KRUNKENBERG. **De la perméabilité des membranes de l'œuf.** — Dührsenn a, dans ces derniers temps, émis l'opinion que les membranes de l'œuf humain ne sont pas perméables, et qu'on a conclu à la perméabilité des membranes ovulaires des animaux d'expériences faites après qu'on avait au préalable tué les fœtus. Quant à l'auteur, il est d'avis que cette perméabilité varie beaucoup suivant les différentes espèces d'animaux mais que, le plus souvent, elle n'existe que vers le moment du part. Pour ce qui a trait aux membranes de l'œuf humain, Dührssen a nié qu'elles fussent perméables pour la raison qu'il n'avait pu retrouver de l'acide benzoïque dans le liquide amniotique. Or, cela ne permet rien d'autre que de dire : que l'acide benzoïque n'était pas transsudé en quantité appréciable. L'acide benzoïque en effet, peut être dans le liquide amniotique en même quantité que dans le sang maternel une heure et demie après l'ingestion de cette substance ; or, à ce moment, il est impossible de le retrouver dans le milieu sanguin, bien que son élimination dans l'urine se prolonge durant 20 heures.

FLOTHMANN présente : a) un **anencéphale.** — Le cerveau est remplacé par une masse connective, très vasculaire, qui provient de proliférations de la pie-mère; elle est mélangée à une petite quantité de substance cérébrale, qui se présente sous la forme de grumeaux. Canal vertébral intact, de même la moelle. Les organes génitaux externes et internes correspondent au type masculin. Les testicules sont encore dans l'abdomen. Toutefois, en arrière des vésicules séminales, existe un utérus assez volumineux, pas d'apparence de trompes. *Pseudo-hermaphrodisme masculin ;* b) **une femme ayant des organes génitaux rudimentaires.** L'auteur considère le cas comme unique. Femme âgée de 24 ans, mariée depuis 3 ans, jamais menstruée, n'ayant jamais présenté les phénomènes du molimen menstruel. A la place de l'entrée du vagin, il existe un petit cul-de-sac ; l'urèthre, très large, admet un doigt ; pas d'incon-

tinence. Les ligaments ronds se réunissent en forme d'arc en arrière de la vessie, et ils paraissent contenir 3 petites nodosités qui représentent les 2 ovaires et l'utérus à peine un peu plus volumineux. Trompes, ligaments larges et vagin sont absents. Le type extérieur de la femme est tout à fait féminin.

SCHUCKING. **De la ligature vaginale de l'utérus et de son emploi dans la rétroflexion et dans le prolapsus de la matrice.** — Depuis plusieurs années, l'auteur s'était proposé de trouver un procédé qui lui permît de ramener et de maintenir l'utérus, rétrofléchi ou prolabé, dans la situation normale, sans qu'il fût nécessaire de recourir à des appareils de support. Il entrevit d'abord deux méthodes pour réaliser ce *desideratum*. On pouvait, par exemple, suturer l'utérus à la paroi abdominale, à l'aide d'une ligature, conduite à travers la cavité utérine. Malheureusement, l'opération entraînait le danger de produire une lésion et consécutivement une occlusion de l'intestin; de plus, les risques de l'infection n'étaient pas sûrement écartés. D'autre part, la distance même qui sépare le fond de l'utérus de la paroi abdominale, ne permettait pas d'espérer, en raison des phénomènes de tension que le rapprochement allait nécessairement provoquer et du peu d'étendue des surfaces destinées à s'accoler, un résultat durable. Il lui sembla que le but visé ne serait atteint que si l'on fixait, au moyen d'une ligature, le fond de l'utérus en avant et latéralement à la paroi vaginale, et si l'on obtenait une adhérence entre l'enveloppe séreuse de la matrice et la portion la plus profonde du repli vésico-utérin ou avec la portion du péritoine située sur le côté de ce repli. Ce procédé devait également permettre la fixation de l'utérus dans un état d'antéflexion, à angle très aigu. Et cette dernière condition avait une grande importance. La fixation de l'utérus à la paroi abdominale, au contraire, ne pouvait permettre d'obtenir qu'une antéversion à angle peu aigu de l'organe primitivement rétrofléchi. Or, il était évident que cette dernière situation de la matrice, était plus propre à favoriser, sous l'influence de l'allongement de la cicatrice, la reproduction d'une rétroflexion, que si l'organe restait longtemps dans un état d'antéflexion à angle aigu, et si, en outre, sa paroi antérieure devenait adhérente à la paroi pelvienne sur une surface plus large.

Mais il restait cependant certaines objections contre l'idée d'une ligature du fond de l'utérus à une portion antéro-latérale du va-

gin. *Était-il permis*
*précautions, de per*
teur pense à ce sujet
samment désinfecté e
qu'il présente, la que
grand nombre de fois
trument mousse et, 1
génital n'était pas dé
toutes les conditions
eu de suites fâcheuse
*d'éviter la vessie p*
cette difficulté, on po
condition de faire déj
ter, l'organe vésical.
ligature? Ce serait là
de peu d'importance;
immédiatement après
lesquels l'auteur éprou
ment que les douze au
une blessure de l'inte

L'auteur n'a jamais
adhérences.

Suit la description d
consécutif. Il va sans
cautions antiseptiques

Sous le rapport des
vante :

« A l'exception du pr
leurs il ne faut pas cor
tôt, dans tous les autre
complète, un état d'an
réduction du prolapsus
rences, toutefois l'utér
2e cas de prolapsus co
nées, j'ai eu ces jours-
pratiquée le 16 juillet,
donc 2 mois après l'inte
changement dans les co

« D'autre part, la gu

anomalie de position, phénomènes de compressions dans le bassin, douleur dans la région du sacrum, céphalalgie, dysménorrhée et ménorrhagie. De même, l'endométrite et la métrite sont d'ordinaire heureusement influencées par la réduction de la situation anormale. C'est ainsi que dans 3 cas, le traitement fut suivi de la cessation immédiate d'un catarrhe intense, antérieur. J'ai, en outre fait la remarque qu'après l'enlèvement de la ligature, l'antéflexion à angle aigu, cesse presque aussitôt, et que l'on trouve alors l'utérus légèrement incliné et dans sa situation normale. Je n'ai jamais observé, dans aucun de mes cas, les soi-disant douleurs d'antéversion, après enlèvement du fil. »

*Discussion :* RHEINSTADTER, SCHUCKING, SCHMIDT, FRANK, FREUND.

THIEM, a) **Sarcome péri-uréthral.** — La tumeur, qui provient d'une femme âgée de 56 ans, est composée de cellules épithéliales de différent volume, isolées et à noyau distinct, et d'amas de cellules pressées les unes contre les autres ; autour de ces dernières le tissu cellulaire, fortement condensé, forme presque de véritables coques fibreuses. La substance intercellulaire est, en résumé, représentée par du tissu fibreux à toutes les périodes de développement, lequel est partiellement infiltré de petites cellules.

b) **Contribution à l'étude des indications dans l'extirpation vaginale, totale, de l'utérus, et des suites de l'opération : remarques relatives à l'état de la muqueuse du corps dans le cas de cancer de la portion vaginale.**

Pendant longtemps, à l'étranger, on s'est refusé à faire l'hystérectomie totale, opération que les chirurgiens allemands, Olshausen, Schröder, Martin, Hofmeier, Brennecke, B. Schultze, Staude, Fritsch, Léopold, etc., ont surtout pratiquée, dont ils ont établi la technique opératoire actuelle, et qu'ils ont portée à un degré de perfection tel, qu'il semblait qu'elle n'eût pas d'autres perfectionnements à subir. Il paraît cependant qu'elle vient d'en faire un considérable, à l'instigation des chirurgiens français, Péan, Richelot, et qui consiste dans *la substitution aux ligatures de l'emploi des pinces hémostatiques.* L'auteur tire l'espoir de l'application générale de cette méthode, qu'il considère comme la plus simple, la plus facile, la plus expéditive ; que l'extirpation totale de la matrice sera entreprise par un plus grand nombre

d'opérateurs et que le cercle de ses indications, notamment dans le cancer de la matrice, s'élargira de plus en plus.

Le plus grand nombre des opérateurs se sont jusqu'à ce jour accordés à reconnaître que, dans le cas de cancer utérin, l'opération est hors de mise quand le *parametrium* et les autres annexes sont nettement envahis par le processus cancéreux. Les résultats sont, dans ces conditions, trop peu satisfaisants et ne sont aucunement en rapport avec les difficultés de l'opération. Fritsch a exprimé cette idée dans la formule : « *Entreprendre des opérations qui ne laissent aucun espoir de guérison, c'est là un sport inhumain* ». Mais, pour l'honneur des chirurgiens français et allemands, il est permis de penser qu'il est absolument exceptionnel qu'on ait obéi, en opérant, à d'autres préoccupations que celles qui avaient pour objet l'intérêt du malade. En tout cas, on ne saurait attribuer un principe de conduite inhumain, à des hommes tels que Schultze et Brennecke qui, tous les deux, et en particulier le dernier, désirent voir le cercle des indications de l'opération dans les cas de cancer utérin, n'être limité que par les difficultés opératoires.

Olshausen a constaté qu'il *se présentait, à Berlin, à son observation un nombre relativement plus considérable de cancers utérins opérables qu'à Halle.* Le fait est tout à fait digne de remarque. A Berlin, capitale et ville d'université, qui compte un grand nombre de gynécologistes éminents, toute femme, atteinte d'hémorrhagies utérines atypiques, sait où se faire traiter, et c'est là la raison du nombre relativement peu considérable de cancers inopérables. A Halle, cette proportion est déjà plus défavorable, et Schultze et Fritsch, pour Iéna et Breslau, accusent une proportion effroyablement considérable de cancers inopérables. Et les conditions sont autrement défectueuses dans une petite ville de province. Les femmes gardent souvent pendant des mois des hémorrhagies sans s'en plaindre à personne. Puis elles s'adressent à quelque femme âgée, qui ne manque pas de mettre les accidents à la charge de l'âge critique. Enfin, on prie le médecin de la malade de vouloir bien indiquer quelque chose contre les hémorrhagies. Et lorsque ce dernier, comme il n'arrive que trop fréquemment, cède aux sollicitations de prescrire un traitement sans examen préalable, il s'écoule encore beaucoup de mois avant que la malade s'en remette au chirurgien : la plupart du temps, trop tard. C'est

ainsi que se produisent la majeure portion des cas inopérables.

Et, lorsque dans ces conditions extrêmes, le chirurgien pratique quand même l'extirpation totale, non dans l'espoir d'assurer guérison à la malade, mais dans la conviction où il est qu'il a en œuvre, en agissant ainsi, le moyen palliatif le meilleur et le plus sûr, il n'y a évidemment dans cette manière de faire rien d'inhumain. Le nombre considérable des autres moyens palliatifs, et même que celui des remèdes soi-disant infaillibles préconisés contre la diphtérie, démontre formellement qu'il n'existe aucune panacée contre cette affection, et que, dans une série de cas, ils ne sont d'aucune utilité.

Avant qu'on soit arrivé chez une malade, par l'emploi d'un moyen palliatif, par exemple les cautérisations avec le chlorure de zinc, à un résultat satisfaisant, il se passe tellement de temps que les parents la retirent de l'hôpital, surtout lorsqu'on leur dit qu'on ne fait pas une opération spéciale. Or, si, tout le temps que d'une manière méthodique et sous le contrôle du miroir on fait le lavage et le tamponnement de la cavité cancéreuse avec des tampons désinfectants, la femme éprouve quelque soulagement, par contre dès qu'elle est obligée de se panser elle-même ou de confier les pansements à des mains inexpérimentées, les conditions défavorables antérieures se reproduisent. Enfin, beaucoup de cancers ichoreux restent, vis-à-vis des moyens palliatifs ordinaires, de véritables *noli me tangere*.

Consécutivement à l'extirpation totale de la matrice, il se forme habituellement en 6-8 semaines, une cicatrice, qui d'ordinaire est si solide, que souvent, lorsqu'il y a récidive, elle ne devient pas le siège d'ulcérations, mais est le point de départ du développement d'une tumeur. Les femmes succombent alors à un carcinome secondaire des organes internes ou à la cachexie cancéreuse, mais elles restent fréquemment jusqu'à l'issue fatale, entièrement débarrassées des symptômes les plus pénibles, de ceux qui les rendaient un sujet de dégoût à leur entourage et à elles-mêmes. Si, à la suite d'un traitement palliatif, on obtient une amélioration prolongée ou même une guérison apparente, cela prouve, suivant le jugement de l'auteur, qu'il ne s'agissait pas de cancer inopérable et que l'extirpation totale eût donné des résultats excellents. Il y a deux années auparavant, pratiqué cette extirpation chez une femme, bien que le *parametrium* gauche fût infiltré et que quand

femme vit encore, et j
ccomber à une récidive
aux après l'extirpatio
usement toujours d'au
ratiquées dans des conc
e part, si cette femme
est qu'on *n'est pas tou*
*ents inflammatoires*
ussi l'auteur, avant co
*aut, même dans les ca*
*ussi loin que le perme*
*atoire.* Il espère que b
et cela d'autant plus tôt

L'auteur signale ensu
l'extirpation totale, les
cation de tous les moy
mettent tout à fait en p
occasion, un fait de ce
L'indication, dit-il, sera
*lorsque le chirurgien*
*un membre pour arrêt*
*ses autres moyens hém*

FRANK. **Extirpation t**
**pièces à l'appui.** — Si j'a
tirpation totale et si je
je l'ai fait :

1) Dans l'espoir de co
confrères une discussio
qui, de divers côtés, se
tervention.

2) Je veux, en dépit d
lance en faveur de l'ex
sente une des opératio
logie, lorsque nous l'ap
tions convenablement
carcinomateuses de l'u

Mais comme les affect
ne menacent pas imméd
taines conditions.

a) Elle doit être non dangereuse. b) Il n'y faut songer qu'après qu'on a, pendant des années, recouru à tous les moyens qu'on a à sa disposition et qu'on est convaincu de leur inefficacité ; lorsque la vie est devenue insupportable et que l'utérus n'a plus aucune utilité en tant qu'organe gestateur. La femme doit donc être assez avancée en âge, ou bien il faut qu'elle n'ait pas obtenu une guérison cherchée dans une castration antérieure, et que l'utérus, laissé dans la cavité abdominale, soit devenu le siège de douleurs intenses.

Ce sont là les conditions déterminantes, que nous avons toujours mis en relief. On a dit que nous nous contentions de faire un diagnostic d'ulcère des lèvres, d'endométrite, etc., et que cela nous était suffisant pour enlever l'utérus. C'est là une chose absurde que nous n'avons jamais conçue, et que nous sommes incapables de commettre. Quant à l'opération, elle est inoffensive, quand on décortique l'utérus du péritoine ; de 25 femmes que nous avons opérées, pas une n'a succombé.

Sous le rapport des résultats, je n'en puis parler qu'avec un sentiment de satisfaction intérieure. L'opération a été profitable à toutes les opérées. Des processus inflammatoires anciens péri-ovariques, des névralgies ont complètement disparu. Chez deux femmes, qui avaient subi la castration, faite dans le but de combattre des douleurs hystériques et des accès d'hystéro-épilepsie et qui à la suite de cette première opération n'avaient eu qu'une exacerbation accusée de leurs souffrances, l'extirpation totale de la matrice a amené la guérison.

Ces 2 faits m'ont convaincu qu'il est sage, lorsqu'on s'est décidé à enlever les ovaires, à extirper en même temps la matrice, parce qu'en l'absence des ovaires elle représente un organe inutile, et que, la plupart du temps, elle devient le siège de douleurs accusées.

Les femmes que je vous présente ont été opérées il y a de plusieurs années, car ce sont les seules observations qui ont de l'importance. Il faut en effet, pour ne pas être en danger d'exagérer, tabler sur les résultats définitifs. Or, ces femmes jouissent actuellement d'une santé parfaite, tandis qu'autrefois elles rentraient dans la catégorie des femmes malheureuses.

En terminant, Frank décrit le mode opératoire, en particulier le traitement de l'enveloppe péritonéale inversé après l'extirpation.

*Discussion* : BECKER, ABEL, THIEM. (*Cent. f. Gynäk*, 1888. Nos 42 ; 47.)

*Présentations :* Cu
**de l'utérus** due à une
H. Spencer. — a) **fi**
**céphale, atteint de her**
W. Duncan. — a)
**Porro**; b) **Kyste extra-u**
A. Duran. — **Des**
**tumeurs similaires de**
communs, lesfibrome
de ces tumeurs compr
entre les cellules mu
rencontre dans le tissu
ce travail, a comparé
muscles lisses de la pa
non gravide, fœtal, a
fibreux, ou sarcomate
relief chaque type pa
sins très soignés.

La texture histolog
cellules musculaires
connectif, et disposée
partie. Ces éléments
ligament rond, et le
que des prolongemen
diverses régions. D'au
le point de départ de
l'utérus. La comparai
lules plus petites, ma
le tissu fibreux blanc
vue des cas douteux

En ce qui concerne
encore beaucoup de c
dance dans le tissu
pour expliquer les fib
du tissu musculaire,
parois des vaisseaux e
du ligament de l'ovai

connectif périfolliculaire présente des variétés, mais, d'une manière générale, il correspond à un tissu connectif *jeune*.

Le fibrome de l'ovaire constitue une affection bien connue, mais plutôt rare. Le sarcome de l'ovaire n'est pas aussi rare, en raison, sans doute, de l'abondance fréquente du tissu connectif *jeune*. On a contesté l'existence de fibro-myôme de l'ovaire, toutefois cette existence est bien probable.

L'auteur conclut en terminant qu'on peut différencier les unes des autres les cellules musculaires lisses, les cellules fusiformes du tissu fibreux, et les cellules fusiformes spécifiques du sarcome.

*Discussion :* HERMAN, HORROCKS, GRIFFITH, A. DORAN.

M. DUNCAN. **De l'enclavement, de la rétroversion, et de l'enclavement de fibroïdes utérins dans l'excavation pelvienne.** — La rétroversion d'un fibrome ressemble beaucoup à la rétroversion de l'utérus gravide. Les symptômes et le traitement de ces deux conditions sont à peu près identiques. L'étranglement, dans le cas d'enclavement d'un fibrome, avec ou sans rétroversion, est un accident rare.

MEREDITH relate une observation de **fibrome utérin enclavé traité par l'hystérectomie supra-vaginale.** — Cas relatif à une femme âgée de 36 ans, non mariée, atteinte d'une tumeur utérine solidement enclavée dans l'excavation pelvienne. Depuis 9 mois, par suite de la compression exercée sur le col de la vessie, il était survenu des accès fréquents de rétention urinaire. Et l'on n'avait pensé à les prévenir que par le cathétérisme pratiqué toutes les deux heures, nuit et jour. Après d'inutiles tentatives dans le but de déloger la tumeur du bassin, l'opération fut pratiquée. L'extraction de la masse enclavée fut très laborieuse ; elle fut ensuite enlevée en même temps que l'utérus et les annexes. La tumeur pesait 2 livres, elle avait la grosseur d'une noix de coco et consistait en une masse de tissu fibro-myomateux, extrêmement condensé. *Guérison sans accidents.*

*Discussion :* GERVIS, G. HEWIT, LEWERS, LAWRENCE, CHAMINEYS, PRIESTLEY, MEREDITH.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

PR

H. A. Kelly (de Phi
**femme.** — La malade éta
fléchies, on placé un spé
une série de plis rayonn
vers le col utérin et dont
ment au *ligament inte*
dans la vessie et suivan
ment visible à travers l
rin se trouve à 26 mill
ligne médiane. Cette p
mieux reconnaître l'ori
sant sur ses bords. Qua
peu en arrière et on le
jamais l'introduire plus
extraction, on sent aisé
des uretères est facile

Kelly examine les
qui se présentent à lui.
pour le diagnostic.

W. Polk (de New-Y
tères dès 1875 ; mais il
faire souvent. Emmet
dans la vessie, ce qui re
que peu de danger.

H. T. Byford (de Chi
centre, le doigt dans le
le doigt reconnaît aisé
cordon dur, trouve le
repères, introduit la s

W. H. Baker (de Bos
tères rendent souvent

H. C. Coe (de New-
risme de l'uretère.

Bache Emmet (de New-York) ne le fait que lorsqu'il a exclu, par l'examen, les maladies qui n'intéressent pas l'uretère.

Th. A. Emmet. **Cause et traitement de l'uréthrocèle.** — Les causes les plus fréquentes sont : un accouchement rapide, produit par des douleurs fortes mais peu nombreuses ; la lenteur de l'accouchement causée par l'administration intempestive de l'ergot ; l'application du forceps. Une déchirure étendue du col accompagne presque toujours l'urèthrocèle. Le meilleur traitement, d'après Emmet, est l'opération en boutonnière, décrite dans son traité de gynécologie.

Priestly (de Londres) parle des kystes sébacés de l'urèthre.

Skene (de New-York) distingue le déplacement de l'urèthre, de sa dilatation sacciforme. Bozeman a décrit cette dernière et a proposé, il y a 10 ou 15 ans, l'incision de l'urèthre.

Lusk (de New-York) se loue beaucoup de l'opération d'Emmet dans ces cas.

H. A. Kelly et Duncan Emmet ajoutent quelques remarques.

Stanbury Sutton (de Pittsburgh). **Traitement des abcès pelviens.** — L'auteur ne parle que des abcès consécutifs à la pelvi-cellulite et qui ne sont pas toujours la suite d'un accouchement.

La pelvi-cellulite peut être septique ou aseptique. Les lavages antiseptiques et l'opium rendent de grands services dans la pelvi cellulite septique ; les vésicatoires au début, les applications glacées, les lavements savonneux sont utiles aussi.

La quinine et le sulfate de magnésie ont leurs indications.

Lorsqu'on a reconnu l'existence du pus, il faut ponctionner la collection ; Sutton préfère la voie vaginale.

Goodell (de Philadelphie). — La blennorrhagie n'est pas toujours la cause des abcès pelviens, qui sont ordinairement causés par des poisons septiques.

Chez les vierges, ils sont dus au refroidissement pris pendant les règles.

Si le pus se fait jour dans le rectum, il faut faire une contre-ouverture dans le vagin.

Si l'ouverture est trop élevée pour être accessible, on fera la laparotomie, on fera une ouverture dans le vagin, et on y placera un drain.

Parrish (de Philadelphie) dit que le trocart aspirateur ne peut servir qu'au diagnostic.

Il faut faire l'ouver

GAILLARD THOMAS (
pelviens : ceux du tis
gaments larges ; ceux
la partie postérieure d
et l'utérus. On peut
deuse, en faisant une

Les abcès qui survi
nairement par la paro

GILL WYLIE (de Ne
plus souvent la suite
faire la laparotomie e

POLK (de New-York
est la suite d'une mal

H. A. KELLY (de Ph

JOHNSTONE (de Dan
cellulite chronique, sc

Pour BALDY (de Lo
tion septique post-pu
et l'enlèvement total.

T. A. REAMY (de C
par l'éclat de la grand
moins hasardeux peu

SP. WELLS (de Lond
**Deux cas.** — Ni dans
les ligatures intra-pé
tion.

Lorsque les deux
deux, ce qui augment
a été enlevé, la mala
atteindre le second.

Sur 1,000 ovariotor
rièrent et eurent en
où il a enlevé un seul
opération, une seule

T. G. THOMAS (de N
pour faire le contrai
d'emblée. Il croit qu
donné sont beaucoup

Goodell partage l'opinion de Thomas.

J. B. Hunter (de New-York) croit qu'il est fâcheux de priver une femme d'un ovaire sain, qui lui permettra de devenir mère.

H. A. Kelly est du même avis, vu, d'un côté, la faible mortalité qui suit une seconde opération et, de l'autre, le nombre des enfants qu'ont eu les femmes à qui on a laissé un ovaire.

W. Lusk (de New-York). **La nouvelle opération césarienne.** — Dans 3 cas récents, la craniotomie aurait été inutile, 2 mères et 2 enfants furent sauvés; le 3e enfant ne vécut que 36 heures, et mourut du trismus.

La césarienne est justifiée dans les cas de bassin plat, dont le diamètre conjugué n'a que 6 c. 47, si ce rétrécissement n'est pas compensé par un large diamètre transversal; dans les bassins *justo-minor*, dont le conjugué n'a que 7,62, et lorsque la craniotomie a dû être faite dans les accouchements précédents.

Le choix de l'opération dépend des particularités de chaque cas. On ne doit faire la césarienne que si le fœtus vit, et dans les meilleurs conditions possibles.

« Quand l'incision est faite, il faut faire sortir l'utérus et le tenir « dans des linges chauds, phéniqués. On place des fils de catgut « pour maintenir les intestins, puis on met une ligature lâche de « caoutchouc autour de l'utérus. Lorsqu'on a ouvert l'utérus et « extrait l'enfant, on serre la ligature, on lave la cavité et on serre « les sutures. Puis on fait une injection d'ergotine dans la cuisse, « on relâche la ligature et on applique une compresse. Faire l'opé- « de Sänger dans les conditions ordinaires, c'est demander un « miracle; dans des circonstances favorables, elle promet une « guérison. »

H. A. Kelly a sauvé deux mères, elles ont eu toutes les deux une phlébite. Un des enfants est mort d'ictère. L'une des opérées a une fistule utéro-vaginale.

H. J. Garrigues (de New-York) a sauvé une femme sur deux. A la campagne, où l'on n'a pas aisément le nombre d'aides nécessaires, il préférerait la craniotomie.

G. J. Engelmann (de St-Louis) attribue l'insuccès d'un grand nombre de craniotomies faites à l'étranger, aux mauvaises conditions dans lesquelles elles ont été faites.

W. Polk (de New-York) cite deux opérations de Sänger à la suite desquelles les mères moururent. Il ne croit pas que la césarienne donne de meilleurs résultats que la craniotomie.

Lusk n'admet la césarienne que dans le cas de rétrécissement extrême. Il croit qu'on doit prendre l'avis de la femme qu'on va opérer.

Gaillard Thomas. **Étiologie pathologique et traitement de l'antéflexion utérine.** — Il classe ainsi l'antéflexion : 1° antéflexion du corps ; 2° antéflexion du col ; 3° antéflexion du col et du corps ; 4° antéflexion irréductible ; 5° antéflexion réductible.

L'antéflexion irréductible est causée ordinairement vers l'âge de 10 ans, par l'application d'un corset trop serré, et par la constipation ; elle est produite par une pression continue exercée sur un utérus incomplètement développé.

Le traitement de l'antéflexion ancienne diffère de celui de l'antéflexion récente.

C'est une maladie grave entre 13 et 14 ans.

Le gynécologiste doit se poser les questions suivantes : 1° L'affection permet-elle un traitement curatif ou seulement palliatif? 2° Demande-t-elle des mesures héroïques ? 3° La malade et son entourage les accepteront-ils ?

Thomas parle des pessaires vaginaux et intra-utérins, et du traitement général, qui a pour but de fortifier le parenchyme utérin.

Il est parfois nécessaire de dilater le col et de placer une tige de verre. Puis on fait faire des injections avec une solution phéniquée à 2 0/0.

Dans l'antéflexion cervicale vraie, les tiges et les pessaires sont inutiles ; la section du col en arrière n'est même pas toujours suivie de succès ; il faut parfois faire l'amputation du col.

Après la divulsion du col et l'introduction d'une tige, la conception est peu probable. Il n'a vu devenir enceinte qu'une malade affectée d'antéflexion vraie du col.

G. Hewitt (de Londres). — La marche de l'antéflexion est ordinairement lente ; elle est due au défaut de résistance des tissus. Le pronostic dépend du degré de la flexion. A l'amputation du col, il préfère l'ablation d'une tranche de la lèvre postérieure et la suture du col au vagin.

Priestly (de Londres).—Il se peut que bon nombre de symptômes dont on accuse l'antéflexion ne doivent pas lui être attribués. Les symptômes ne sont-ils pas souvent dus à des complications inflammatoires ? D'après Hewitt et son école, l'hystérie même serait due aux déplacements utérins.

E. Van de Warker (de Syracuse) est heureux de voir que Thomas reconnaît l'innocuité des tiges intra-utérines, employées comme il le faut. L'hystérie accompagne toujours certaines formes d'antéflexion.

H. P. C. Wilson (de Baltimore) croit que l'excès de travail intellectuel est une cause prédisposante de l'antéflexion.

L'opération de Sims permet assez souvent la conception.

Goodell. — L'antéflexion n'a pas de symptômes propres, elle n'a que ceux de la dysmémorrhée et de la stérilité ; la dysménorrhée est produite par l'état pathologique de la couche interne de l'utérus causée elle-même par les efforts que fait l'organe pour expulser le sang menstruel. Dans la dysménorrhée il faut dilater le col ; mais il est inutile de chercher à redresser l'utérus. Il faut en tout cas soigner les symptômes nerveux.

Gill Wylie. — On doit regarder toute antéflexion comme due à un développement imparfait. Les tiges ont l'avantage de dilater et de faire un bon drainage ; mais elles sont dangereuses.

T. A. Reamy. **Amputation de l'utérus cancéreux.** — L'auteur a choisi 57 cas dans lesquels le mal était resté confiné dans le col. Il a eu 2 morts ; 29 fois, il a reparu entre 1 et 14 ans ; 26 fois, il ne s'est pas montré, entre 1 et 15 ans.

Une malade peut mourir d'un cancer utérin, quoique l'affection soit restée limitée au col. Le cancer envahit l'épithélium squameux du vagin, avant de s'étendre au canal du col ; aussi faut-il laisser une portion aussi considérable que possible du col.

(Les termes de l'article de Reamy et de la discussion à laquelle il a donné lieu, tendent à faire croire qu'il s'agit de l'amputation du col, et non du corps de l'utérus.)

Baker, de Boston, recommande l'amputation conoïde poussée aussi loin qu'il est nécessaire, puis une cautérisation énergique avec le Paquelin.

Byrne (de Brooklyn) préfère l'amputation avec le thermo-cautère.

E. Van de Warker préfère le cautère potentiel.

(Résumé d'après l'*Am. J. of obst.* 1888, p. 1028 et *seq.* par A. Cordes.)

(*A suivre.*)

# BIBLIOGRAPHIE

## PUBLICATIONS RÉCENTES DE LA LIBRAIRIE G. STEINHEIL

**Traité du palper abdominal, au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes**, par A. PINARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de la Maternité de Lariboisière, Chevalier de la Légion d'honneur. Un vol. in-8 raisin de 400 pages avec 27 figures intercalées dans le texte et précédé d'une préface de M. le professeur PAJOT. Deuxième édition revue et très augmentée. Prix. 8 fr.

**Traité pratique d'antisepsie, appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène. Médecine. Chirurgie. Obstétrique**, par les Drs LE GENDRE, BARETTE, LEPAGE. Deux vol. in-8.

Premier volume, *Antisepsie médicale*, par le Dr LE GENDRE. Un vol. in-8. Prix 10 fr.

Deuxième volume, *Antisepsie chirurgicale*, par le Dr BARETTE et *Antisepsie obstétricale*, par le Dr LEPAGE. Un vol. in-8 raisin. Prix 10 fr

**Traité pratique d'hygiène de l'enfance**, par le Dr Jules UFFELMANN, professeur à l'Université de Rostock, à l'usage des étudiants, des médecins, des conseils d'hygiène et des établissements d'instruction publique. Traduction par le Dr G. BOEHLER. Un vol. in-8 raisin de VIII-808 pages, avec 10 figures dans le texte. Prix 16 fr.

**Origine de la Maternité de Paris. Les maîtresses sages-femmes et l'office des accouchées de l'Hôtel-Dieu** (1378-1796), par CARRIER (Henriette), ancienne élève de la Maternité, sage-femme de l'hôpital Lariboisière. Un volume cavalier sur papier teinté, avec figures et 16 planches hors texte. Préface de M. PINARD, professeur agrégé, accoucheur de Lariboisière. Prix 10 fr

**Essai critique sur les variétés défléchies des présentations de la tête et en particulier sur la présentation du front**, par CAZALS, ancien interne des hôpitaux. Prix 3 fr.

**De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme**, par DERVILLE, ancien interne des hôpitaux. Prix 3 fr. 50.

**Du curettage de l'utérus, indication et technique**, par DESPRÉAUX, ancien interne des hôpitaux. Prix 2 fr. 50

**Des applications de forceps au détroit supérieur**, par LEPAGE, ancien interne des hôpitaux. Prix 4 fr.

**Salpingites et ovarites**, avec de nombreuses figures intercalées dans le texte, par MONPROFIT, ancien interne des hôpitaux. Prix 6 fr.

**De l'embryotome rachidien du professeur TARNIER**, avec 77 figures, par POTOCKI, ancien interne des hôpitaux. Prix 8 fr.

**Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical**, in-4 raisin avec 16 planches grandeur nature, d'après les dessins du professeur Farabeuf et de l'auteur, par VARNIER, ancien interne des hôpitaux. Prix 8 fr.

---

PUBLICATIONS RÉCENTES DE LA LIBRAIRIE O. DOIN

**Leçons de clinique chirurgicale professées à la Salpêtrière**, par O. TERRILLON, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien agrégé à la Salpêtrière. 520 pages avec figures. Prix 10 fr.

**Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus**, par le Dr LA TORRE. 236 pages. Prix 5 fr.

**Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale**, par le Dr SECHEYRON, ancien interne des hôpitaux et maternités de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine de Toulouse. 825 pages avec figures. Prix 14 fr.

---

*Le Gérant :* G. STEINHEIL.

# TABL

## DES MATIÈRES (

Ju

A

Abcès pelviens, 223.
Abcès rétro-utérin ouve
rectum, 374.
Accouchement compliqu
affection chronique du
Accouchement provoqué (
l'aide de ballons introd
cavité utérine pendant
sesse), 401.
Alcoolisme (De l'— en g
et en obstétrique), 59.
Allaitement (De l'—), 230.
Anencéphale, 455.
Annexes de l'utérus (12 c
rotomie pour des affec
Avortement (A propos du
de l'— par la quinine),

B

Basiotripsie (Note sur u
cas de basiotripsie), 43.
BAUDIER, 17.
Blennorrhagie (De la -
femme), 394.

C

Calculs vésicaux (Des), 58
Castration (Traitement d
utérins par la —), 211,
Cathétérisme (Dangers du
Cautérisation et curage d
tement des endométrite

Electrolyse dans le catarrhe chronique de l'utérus, 58.
— (De l'emploi de l'— dans la pratique gynécologique), 58.
Embryon humain, 59.
Endométrite (De quelques altérations de l'épithélium dans l'—), 237.
Études relatives à l'étiologie du carcinome, 309.
Étude théorique et pratique, et observations cliniques sur la rupture prématurée, spontanée des enveloppes fœtales, 388.
Examen de la femme enceinte et en travail, 234.

F

Fibrome utérin compliquant la grossesse, 438.
Fibrome adhérent au bassin, 64.
Fistule vésico-utérine (nouvelle méthode opératoire), 376.
Fistule vésico-vaginale et vésico-utérine, 305.
Fœtus et placenta momifiés, 224.
Fœtus (Mort du fœtus dans l'utérus), 159.
Forceps à branches parallèles, 228.
— à tractions suivant l'axe, 371.
— (du — sur la tête dernière), 158.
Fracture de la symphyse, 132, 291.

G

GALLARD, 1.
Galvanisme (15 cas de fibromes traités par le —), 158.
Gavage, 65.
Gaze iodoformée en obstétrique (De l'emploi de la —), 398.
Grossesse extra-utérine, 57, 61, 130, 387.
Grossesse multiple, 159.

H

Hémato-salpingite suppurée, 52.
Hémorrhagies post-partum (Traitement des — par la compression intra-utérine de l'aorte), 270.
Hémorrhagies utérines (Des — 3..
Hémorrhagies utérines atypiques (Du diagnostic et du traitement des —, 235.
HOUZEL, 241, 351.
Hydramnios, 229.
Hydramnios (De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios), 257.
Hydrargyrisme (Conditions qui favorisent l'— chez les accouchées),—152.
Hystérectomie, 51, 158, 307, 461, 479.
Hystérectomie, ovariotomie, section abdominale sur la même malade, 387.
Hystérectomies pour tumeurs malignes intra-utérines, 136.
Hystérectomie sus-pubienne pour fibromes, 224.
Hystérectomie vaginale, 61, 81, 179, 234, 383, 458.

I

Incarcération de l'utérus gravide De (l'—), 219, 395.
Index bibliographique, 72, 311.
Infection puerpérale (Note sur l'identité des formes de l'—) 46.
Infection puerpérale (Quelques cas d'— due à l'impureté de l'atmosphère), 61.

K

Kyste du ligament large, 61.
Kyste parovarique, 303.

L

Laminaire (Accidents causés par les tiges de —), 157.
Laparotomie (de la — pratiquée plusieurs fois sur la même personne —) 302, 381.
Lavage du péritoine (Sur un danger du — pendant la laparotomie), 283.
Leçons sur les prolassus des organes génitaux de la femme, 161, 321

Ligament large (Kyste
—), 290.
Ligament large (Papillom
Ligament large (Tumeur
—), 373.

M

MARTA, 43.
Mastite puerpérale (De
Mécanisme de la sortie
50.
Menstruation (De la — a
rectomie double —), 2
Micro-organismes ( De
et de l'importance de
lochies des accouchée
malades), 303.
Micro-organismes (Des
canal génital de la femr
MISRACHI, 126.
Monstre double, 65, 228.
Mort par péritonite aprè
d'un fibrome.
Myomotomie (Traitemer
dans la —), 139.
Myômes (Des —), 139.
— (Des — et fibro-myôr
rus et des tumeurs s
l'ovaire), 463.

N

Note sur l'opération d
trachélorraphie, 241, :
Nouveau-né après terme

O

Œuf abortif, 64.
— humain (Des phénomè
sement et de maturité
les comparant aux
correspondants de l'ov
maux), 57.
Opération césarienne (C
200, 384.
Opération césarienne (De
place qu'elle occupe
l'accouchement prém

Psychoses à la suite d'opérations pratiquées sur l'appareil génital féminin, 187.
POZZI, 81, 179.

R

Rachitisme intra-utérin, 64.
Rétropulsion du siége engagé par manœuvres vagino-abdominales, 48.
Rétroflexion utérine (Traitement de la —), 142.

S

Salpingite, 65, 352.
— (hémato-), 336.
— (hydro-), 228.
— suppurée, 54.
Salpingo-ovarite (3 cas de — opérés par la laparotomie), 108.
Scarlatine puerpérale, 66.
Sécrétion de lait chez un enfant, 57.
Sections du bassin et de l'utérus après congélation du cadavre, 56.
SÉJOURNET, 270.
Sinus uro-génital (Le —: son développement, ses anomalies), 306.
Sonde à double courant, 227.
— à injections intra-utérines, 290.
Sur la ligature en chaîne, 345.

T

TERRILLON, 108.
Trachélorraphie, 61, 241, 351.
TURGARD, 438.
Transformation manuelle d'une face en sommet, 372.
Traumatisme et grossesse, 52.
TRÉLAT, 161, 321.
Trompe (Du cancer de la —), 301.
Tumeurs kystiques de l'abdomen (De l'ouverture en deux temps des —), 147.

U

Un an de chirurgie abdominale, 233.
Uretères (Palpation des —), 465.
Utérus (Myôme de l' —), 151, 152, 301, 374, 378.
— (Cancer de l' —), 155, 228, 379, 470.
Utérus (Cancer et K. dermoïde de l'—), 233.
— (Cas d'inversion de l'—), 373.
— (De l'adénome de l'—; de sa forme bénigne et maligne) —, 145.
— (Fibrome de l'—), 378, 383, 386.
— (Fibromes de l' — enclavés), 464.
— (Inversion de l'—), causée par un fibrome), 57.
— puerpéral (De la métamorphose régressive de la tunique musculaire de l'—), 238.
— *septus* atteint de cancer, 379.
— (Traitement de la rétroflexion de l'— ), 457.

V

Vagin (Du sarcome du — chez l'enfant), 146.
— (Hématome du — après l'accouchement), 157.
— (Kyste du —), 252.
Vaginite emphysémateuse (De la —), 222.
VARNIER, 331.
Version brusquée, 291.
— par manœuvres internes (Sur un cas de —), 295.
Vessie (Des blessures de la —, dans la laparotomie), 144.
Vomissement matutinal chez le mari, 229.
Vulvo-vaginite (De l'étiologie de la — chez les petites filles), 147, 451.
V. WALLICH, 345.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXX

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

DATE DUE SLIP

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

2m-5,'30

v.29-30
1888

Annales de Gynecologie et d'obstetrique. 24802

1m-,5'30

24802